



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

Ana Claudia Nunes de Souza Wanderbroocke

**A VIOLÊNCIA FAMILIAR NA PERSPECTIVA DE IDOSOS E
PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Florianópolis
2011

Ana Claudia Nunes de Souza Wanderbroocke

**A VIOLÊNCIA FAMILIAR NA PERSPECTIVA DE
IDOSOS E PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMARIA À SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Doutor em
Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Psicologia, Curso de Doutorado,
Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen Leontina
Ojeda Ocampo Moré

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte elaborada pela biblioteca da
Universidade Federal de Santa Catarina

A ficha catalográfica é confeccionada pela Biblioteca Central.

Tamanho: 7cm x 12 cm

Fonte: Times New Roman 9,5

Maiores informações em:

<http://www.bu.ufsc.br/design/Catalogacao.html>

Inserir folha de aprovação nesta página

Ao meu pai (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Aos idosos que contribuíram com esta pesquisa, me recebendo e compartilhando comigo suas experiências de vida, sofrimentos e imensa sabedoria. Suas histórias me tocaram profundamente e as levarei na lembrança;

Aos profissionais da Unidade de Saúde que participaram cedendo um pouco de seu tempo e experiência profissional, mas principalmente por terem entendido a importância de se falar a respeito do tema em estudo e buscar formas de enfrentá-lo;

À querida Prof.^a Carmen, minha orientadora, que me recebeu tornando possível a realização do doutorado e que tão generosamente compartilhou seu conhecimento ao longo desses anos, sem o que este trabalho não seria possível;

Ao meu marido, que mais uma vez esteve ao meu lado, incentivando a realização de um sonho e o meu crescimento;

À Sandra Seixas que por meio de sua enorme experiência e dedicação ao trabalho que realiza, contribuiu para a minha sensibilização e aproximação à questão da violência contra os idosos;

Ao Prof. Raphael Castanho di Lascio, Coordenador do Curso de Psicologia da UTP, pela amizade, apoio e compreensão durante todos esses anos;

Às companheiras de viagem Fátima e Martha Caroline, que conseguiram fazer com que os 600 km semanais ficassem mais curtos e se transformaram em amigas queridas;

A todas as colegas, companheiras desta trajetória, que estiveram sempre dispostas a trocar impressões, conhecimentos e apoio, em especial Andressa, Ana Claudia, Renata, Marina e Cibele;

Aos meus colegas de trabalho da UTP e Dom Bosco pela parceria;

Aos meus alunos pelo carinho e curiosidade, que incentivam a busca contínua;

À Prof.^a Maria Aparecida Crepaldi, por aceitar tão prontamente representar minha orientadora na banca e me dar apoio nesse momento decisivo;

Às Prof.^a Maria Aparecida Penso, Maria da Graça Padilha, Sílvia Maria Azevedo dos Santos e Ariane Kuhn, por aceitarem participar da banca e contribuir com este trabalho;

À minha família pelo apoio e incentivo constantes, sem os quais não teria chegado até aqui.

Couro de Boi

Conheço um velho ditado, que é do tempo dos agáis.
Diz que um pai trata dez filhos, dez filhos não trata um pai.
Sentindo o peso dos anos sem poder mais trabalhar,
o velho, peão estradeiro, com seu filho foi morar.
O rapaz era casado e a mulher deu de implicar.
"Você manda o velho embora, se não quiser que eu vá".
E o rapaz, de coração duro, com o velhinho foi falar:
Para o senhor se mudar, meu pai eu vim lhe pedir
Hoje aqui da minha casa o senhor tem que sair
Leve este couro de boi que eu acabei de curtir
Pra lhe servir de coberta aonde o senhor dormir
O pobre velho, calado, pegou o couro e saiu
Seu neto de oito anos que aquela cena assistiu
Correu atrás do avô, seu paletó sacudiu
Metade daquele couro, chorando ele pediu
O velhinho, comovido, pra não ver o neto chorando
Partiu o couro no meio e pro netinho foi dando
O menino chegou em casa, seu pai foi lhe perguntando.
Pra quê você quer este couro que seu avô ia levando
Disse o menino ao pai: um dia vou me casar
O senhor vai ficar velho e comigo vem morar
Pode ser que aconteça de nós não se combinar
Essa metade do couro vou dar pro senhor levar.

Sérgio Reis

RESUMO

WANDERBROOCKE, Ana Claudia Nunes de Souza A violência familiar na perspectiva de idosos e profissionais no contexto da atenção primária à saúde. Florianópolis, 2011. 325 p. Tese do Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Defesa: 03/03/2011.

A presente pesquisa objetivou analisar os significados e os recursos de enfrentamento da violência familiar, na perspectiva de idosos e profissionais no contexto de uma Unidade de Saúde (US) de referência na atenção ao idoso. O estudo foi de natureza qualitativa e ancorou-se nos princípios da Teoria Fundamentada Empiricamente (Grounded Theory). Para a coleta de dados utilizou-se a observação participante com registros em diário de campo, como estratégia para aproximação e definição da etapa seguinte, constituída de entrevistas semi-estruturadas. Das entrevistas, participaram 10 profissionais da saúde de diferentes formações, que atuavam na US há no mínimo 2 anos e 9 idosos, identificados pelos profissionais como vítimas ou como vivenciando uma situação de risco para a violência familiar. Os idosos que durante a entrevista reconheceram a violência familiar sofrida participaram da confecção do Mapa de Redes. Para a organização e integração do conjunto de dados advindos das diferentes etapas e dos instrumentos utilizados, foram estabelecidas três grandes dimensões, cada uma composta de categorias, subcategorias e elementos de análise. Esta organização possibilitou a leitura transversal e vertical dos dados, os quais gravitaram em torno do fenômeno central, qual seja, os significados construídos acerca da violência familiar pelos usuários idosos e profissionais de uma unidade de saúde e como os significados direcionam a maneira de enfrentar o problema. Os resultados evidenciaram que as restrições nos significados impediam os idosos de identificarem situações de violência familiar e mesmo quando era identificada, não era enfrentada ou demorava a ser enfrentada, devido às crenças subjacentes que sustentavam e davam sentido a sua ocorrência. Entre os profissionais a violência familiar foi mais associada ao idoso frágil e dependente, vítima da

falta de cuidado e atenção. O principal fator gerador e de sustentação da violência apresentado tanto por idosos como pelos profissionais foram as interações geracionais cruzadas do ciclo de vida, as questões de gênero, presentes nas narrativas, mantiveram-se naturalizadas e sem questionamentos específicos. As redes pessoais significativas dos idosos para o enfrentamento da violência familiar se mostraram frágeis pela diminuição de seus integrantes, apesar de que o enfrentamento da violência só se mostrou possível pela ajuda recebida de seus integrantes. A US foi pouco identificada como um local de ajuda para os idosos vítimas de violência familiar e pôde-se constatar que isso ocorria pela ausência de estratégias de rastreamento de casos de violência, rotina constituída de práticas mais voltadas para a saúde do corpo, pautadas em ações programáticas, dificuldade em identificar as situações de violência e crenças profissionais acerca do agir nesses casos. Destacou-se a importância da sensibilização e efetivo apoio institucional aos profissionais a fim de superar as dificuldades que impedem colocar em prática as políticas públicas relacionadas à violência contra os idosos.

Palavras-chave: Idoso. Violência na família. Equipe de saúde. Atenção primária. Rede social.

ABSTRACT

WANDERBROOCKE, Ana Claudia Nunes de Souza. **The familiar violence on the perspective of elderly and health professionals on the context of primary care.** Florianópolis, 2011. 325 p. Tese do Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

This research had the objective of analyzing the meanings and resources used to confront domestic violence under the perspective of the elderly and health care professionals in the context a health unit (HU) in primary care that is highly recognized for their care to the elderly. This was a qualitative study, based on the principles of Grounded Theory. For the collection of data, the participant observation by means of entries into a field log was used as a strategy to approach and define the next phase, which consisted of semi-structured interviews. The interviews involved 10 health care professionals of different areas who had been working in the HU for a minimum of 2 years, and 9 senior citizens who were identified by the professionals as victims or part of a domestic violence risk situation. The senior citizens who admitted to be part of a situation of domestic violence constructed the tool named Mapa de Rede. Three wide dimensions were established, each made of categories, subcategories and analysis elements, for the organization and integration of the data collected from each phase and from each tool used in this study. This form of organization made the transversal and vertical reading of data possible. This data gravitated around a central phenomenon, i.e., the meanings formed by the elderly, as well as by the professionals of a health clinic, regarding domestic violence and how those meanings guided their way of dealing with the problem. The results showed that the limitation of meanings hindered the elderly from identifying the situations of domestic violence, and even when they were identified, they were not confronted or took long to be confronted, due to underlying beliefs that supported and made sense of their occurrence. Among the professionals, domestic violence was more often associated with the fragility and dependency of the elderly, victims to negligence and lack of attention. The main factor that causes violence and makes it continue pointed out by both the elderly and the health care professionals were the crossed interactions between generations, the issue of gender that

were present in the narratives were maintained naturalized and without specific questioning. The elderly's significant personal network made of people who would help them confront domestic violence proved to be fragile because of its decreasing number of members, though confrontation was only possible with help received from these members. The HU was rarely identified as a source of help for the elderly victim of domestic violence, and the study observed that the reason for that was the lack of strategies to track domestic violence cases, as well as other factors such as a routine focused only on physical health, based on programmed actions, difficulties in identifying situations of violence, as well as professional beliefs on how to act in such cases. The study brought out the importance of sensitization and providing effective institutional support to professionals so that all the difficulties in practicing the public policy related to violence against the elderly can be overcome.

Keywords: Elderly. Domestic Violence. Health team. Primary attention. Social network.

RÉSUMÉ

WANDERBROOCKE, Ana Claudia Nunes de Souza. **La violence familiale dans la perspective des personnes âgées et des professionnels dans le contexte de soins de santé primaire.** Florianópolis, 2011. 325 p. Tese do Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Cette étude a eu comme objectif analyser les significations et les ressources d'affrontement de la violence familiale, dans la perspective des personnes âgées et des professionnels dans le contexte d'une Unité de Santé (US) dédiée au soin des personnes âgées. L'étude a été qualitative et basée sur les principes de la Théorie Fondée sur l'Empirisme (Grounded Theory). Pour recueillir des données, on a utilisé l'observation participante avec des relevés enregistrés dans un journal, comme une stratégie d'approche et de définir la prochaine étape, consistant en des entretiens semi-structurés. Aux entrevues ont participé 10 professionnels de la santé, ayant des différentes formations, qui travaillaient dans une US depuis 2 ans et 9 personnes âgées identifiées par les professionnels comme victimes ou celles qui vivent dans une situation de risque. Les personnes âgées qui ont reconnu lors de l'entretien avoir subi des violences domestiques ont participé à l'élaboration d'un plan de réseau social (Mapa de Redes). Pour l'organisation et l'intégration de toutes les données provenant de différentes étapes et des instruments utilisés, on a établi 3 grandes dimensions, chacune composée de catégories, de sous-catégories et d'éléments d'analyse. Cette organisation a permis la lecture transversale et verticale des données, celles qui gravitaient autour du phénomène central, c'est-à-dire, les significations construites sur la violence familiale par les utilisateurs et les professionnels du service de santé de personnes âgées et comme ces significations ont orienté la façon d'affronter le problème. Les résultats ont montré que les restrictions dans les significations ont empêché les personnes âgées d'identifier les situations de violence, et dans le cas où elles reconnaissaient cette violence, elles ne l'affrontaient pas ou prenaient beaucoup de temps pour le faire, à cause de croyances sous-jacentes qui donnaient du sens à ces occurrences. Parmi les professionnels, la violence familiale a été le plus souvent associée aux personnes âgées fragiles et dépendantes, victime du manque de soins et d'attention. Les principales sources de soutien de la

violence, selon les personnes âgées et les professionnels, ont été les interactions générationnelles croisées du cycle de vie, les questions de genre qui sont présentes dans les récits ont été naturalisées et sans questionnement précis. Les réseaux sociaux importants pour les personnes âgées pour faire face à la violence familiale se sont montrés fragiles par la diminution de ses membres, même si cet affrontement à la violence n'a été possible que grâce à l'aide reçue de leurs membres. L'Unité de Santé a été peu identifiée comme aide locale pour les personnes âgées victimes de violence familiale, on a pu constater qu'il y avait un manque de stratégies de dépistage de la violence, le service de santé est plus orienté vers la santé du corps, basé sur des actions programmatiques, ayant des difficultés à identifier les situations de violence et les croyances professionnelles sur la façon d'agir. On a souligné l'importance de la sensibilisation et d'un appui institutionnel efficace pour les professionnels afin de surmonter les difficultés qui entravent la mise en place des politiques relatives à la maltraitance des personnes âgées.

Mots-clés: personnes âgées. La violence familiale. Équipe de santé. Les Soins Primaires. Réseau Social.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Caracterização dos Idosos	100
Quadro 02 – Posicionamento do idoso em relação à Violência familiar.....	101
Quadro 03 – Caracterização dos profissionais da saúde	103
Quadro 04 – Categorias, subcategorias e elementos de análise da Dimensão I - Idosos no Contexto Familiar	107
Quadro 05 - Categorias, subcategorias e elementos de análise da Dimensão II – Profissionais da Saúde: Compreensão e Práxis.....	111
Quadro 06 - Categorias, subcategorias e elementos de análise da Dimensão III – Redes Sociais Significativas: Pessoal e Institucional	114

LISTA DE SIGLAS

FAS	Fundação de Ação Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
INPEA	International Network for the Prevention of Elder Abuse
MP	Ministério Público
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SMEL	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL.....	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	32
3.1 PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS.....	32
3.2 IDOSO, FAMÍLIA, CICLO DE VIDA E REDES SOCIAS SIGNIFICATIVA.....	34
3.3 VIOLÊNCIA FAMILIAR E SAÚDE – PERSPECTIVA HISTÓRICA E CONCEITUAL.....	44
3.4 VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA IDOSOS.....	50
3.5 ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO E VULNERABILIDADE.....	66
3.6 VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA IDOSOS NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	69
3.7 PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA IDOSOS.....	76
4 MÉTODO	82
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	82
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	84
4.3 PARTICIPANTES.....	85
4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	86
4.4.1 Observação Participante	87
4.4.2 Entrevistas Semi-estruturadas.....	89
4.4.3 Mapa de Rede	91
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	93
4.5.1 Trajetória da Pesquisa.....	93
4.5.2 Procedimentos Éticos.....	96
4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	96
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	98
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	98
5.1.1 Idosos.....	98
5.1.2 Profissionais da Saúde.....	102

5.2 APRESENTAÇÃO DAS DIMENSÕES, CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE.....	103
5.2.1 Dimensão I - Idoso no Contexto Familiar.....	104
5.2.1 Dimensão II- Profissionais da Saúde: Compreensão e Práxis	109
5.2.3 Dimensão III – Redes Sociais Significativas: Pessoal e Institucional.....	113
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	116
6.1 DIMENSÃO I: O IDOSO NO CONTEXTO FAMILIAR.....	116
6.2 DIMENSÃO II – PROFISSIONAIS DA SAÚDE: COMPREENSÃO E PRÁXIS	173
6.3 DIMENSÃO III – REDES SOCIAIS SIGNIFICATIVAS: PESSOAL E INSTITUCIONAL	226
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	245
REFERÊNCIAS	254
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS.....	276
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM IDOSOS.....	279
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	285
APÊNDICE D - SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES IDOSOS.....	287
APÊNDICE E - EXEMPLO DE ENTREVISTA COM IDOSO COM A UTILIZAÇÃO DO MAPA DE REDE.....	296
APÊNDICE F – MAPA DE REDE GERAL.....	325

1. INTRODUÇÃO

Definir violência é um grande desafio para as ciências uma vez que ao longo do tempo, os significados associados à palavra são construídos e reconstruídos socialmente e estão sujeitos ao julgamento moral. Portanto, há múltiplas perspectivas de análise de acordo com os contextos sócio-histórico-culturais particulares.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, e Lozano, 2002, p. 5).

Essa definição é comumente utilizada por estudiosos da área da saúde e, apesar de proporcionar aproximação à questão, guarda certa ambiguidade quando transposta para as relações interpessoais, uma vez que algumas questões persistem como: Quando ou em que momento na história da relação a agressividade humana se torna agressão? Quem define que a relação é violenta? Quando não há intenção, não há violência? Pode haver justificativa para se agir com violência em determinadas circunstâncias?

As diversas manifestações de violência são nebulosas, pois as formas extremas são facilmente reconhecidas e condenadas, mas, as violências sutis tendem a permanecer na invisibilidade. Também, quando o agressor é uma pessoa desconhecida ou distante, o ato pode ser mais facilmente reconhecido do que aquele praticado por uma pessoa das relações próximas. Nesse mesmo sentido, a violência parece estar associada à ambivalência humana na medida em que todas as pessoas têm um potencial para amar e odiar, construir e destruir. Sendo assim, dosar sentimentos e ações, principalmente, quando se trata do terreno das relações interpessoais, é um desafio constante. Além disso, a violência manifestada por um indivíduo pode se relacionar a diferentes formas de abusos organizados e institucionalizados revelando a opressão de grupos, classes ou nações.

Para Minayo (2006), a violência é resultado da inter-relação entre fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais, e a ocorrência em um destes níveis pode também levar à manifestação em outros níveis. Os diversos modos de violência são acompanhados de

dilemas humanos e por isso, precisam ser compreendidas em sua complexidade.

Um dos principais contextos de ocorrência da violência interpessoal é a família que, se por um lado, oferece os primeiros vínculos afetivos, onde se realizam as aprendizagens sociais básicas, proporcionando aos indivíduos a possibilidade de crescimento de capacidades, potenciais e habilidades necessárias para a autonomia, paradoxalmente, por outro lado, é um lugar onde ocorrem sofrimentos e violências. A família humana, quando comparada às outras espécies animais, foi considerada por Fuster (2002) o contexto de maior violência. Nesse sentido, constitui um foco de pesquisas tendo em vista o desafio de se compreender e combater os maus-tratos contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Especificamente, no que diz respeito à temática do idoso, estudos demonstram que a maior parte das violências sofridas pelos mesmos ocorre nos lares. Nesse contexto, os principais agressores são os filhos homens, noras, genros e cônjuges, havendo forte associação com o uso de álcool e drogas, relação de dependência financeira entre pais e filhos, história de violência na família, sofrimento mental e psiquiátrico, entre outros (Collins, 2006; Minayo, 2007).

Pesquisadores também mostram que os idosos, vítimas de violência familiar, vivem em isolamento, encontram dificuldade em revelar os abusos sofridos, por vergonha ou medo de retaliações dos agressores. Portanto, a maior parte dos maus-tratos que acontecem nas famílias se mantém, normalmente, em segredo (Fuster, 2002; Espíndola & Blay, 2007) e em geral, não chegam aos serviços de saúde, permanecendo naturalizados no cotidiano das relações familiares, nas formas de negligência social e das políticas públicas (Minayo, 2003).

A violência contra os idosos foi a última a ser contemplada nas agendas da política e da saúde, na maioria dos países. Contudo, a preocupação com essa parcela da população vem aumentando em razão do crescente contingente de idosos na população mundial. No Brasil, o assunto ganhou visibilidade a partir da década de 1990 com a promulgação e regulamentação da Política Nacional do Idoso (1994) e posteriormente, com a aprovação do Estatuto do Idoso (2003) e o Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2005). Apesar de o Brasil já contar com Políticas Públicas que contemplem o problema da violência contra os idosos, a trajetória de implementação dessas políticas está apenas no princípio (Valadares & Souza, 2010).

Entre as possíveis razões da falta de medidas significativas no combate a esse problema, consta que o aumento da expectativa de vida da população e a visualização da possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia são realidade para os brasileiros apenas nas últimas décadas. Frente a essa nova realidade, as ações governamentais e a mídia vêm se dedicando principalmente, a sensibilizar as pessoas para essa possibilidade. Investindo em promoção de saúde, prevenção das diversas patologias associadas ao processo de envelhecimento e contra a visão que estigmatiza o velho e a velhice, associados apenas à decadência e ao declínio. Dessa forma, busca-se modificar a feição negativa da velhice, chamando a atenção para os ganhos e possibilidades dessa etapa do desenvolvimento humano.

Além do investimento inicial em uma nova e favorável imagem para a velhice, a violência em si, enquanto fenômeno multifacetado, não é um tema exclusivo e tampouco originário no setor saúde (Minayo, 2006). No entanto, como apresenta consequências físicas, psicológicas e sociais, imediatas ou latentes, de acordo com a natureza do ato de violência, o setor saúde tem importante papel a desempenhar na prevenção, detecção e tratamento dos casos, de forma articulada com outros setores da sociedade.

De acordo com Agudelo (1990), a violência é uma ameaça ou uma negação das condições e possibilidades de realização da vida. Nesse viés, toda prática do setor saúde, desde as ações educativas até a atenção médica, está projetada para alcançar e promover condições que façam possível a vida das pessoas e dos grupos sociais. Apesar dessa consciência, o tema, por necessitar de compreensão e abordagem integralizada não é de fácil manejo para os profissionais da saúde, que ainda recebem pouco ou nenhum treinamento para lidar com a questão.

Outro fator a se considerar, é que a violência não existe enquanto fenômeno objetivo, mas a sociedade a constrói através dos significados atribuídos aos fatos, eventos, ações, relacionamentos e valores que são reconhecidos como problema em determinadas circunstâncias e momento histórico específico, ou seja, os significados construídos em torno das violências são dinâmicos e mutáveis (Fuster, 2002).

Essa maneira de compreender a violência coaduna-se com a perspectiva adotada na presente pesquisa, a perspectiva da complexidade (Morin, 2007), que busca compreender os fenômenos por meio dos múltiplos elementos que interagem entre si e da inter-relação entre os fatores contextuais. Por meio desse aspecto parte-se do pressuposto de que as pessoas compreendem o mundo com base em construções realizadas em

um espaço intersubjetivo, pois a construção de um campo de significado decorre da inter-relação humana na linguagem e ainda, que os significados construídos estão sujeitos a reconstruções constantes. Portanto, há a necessidade de se reconhecer a instabilidade dos fenômenos estudados (Vasconcellos, 2002).

A experiência profissional da pesquisadora, como Terapeuta de Família e como docente e orientadora de atividades acadêmicas vinculadas ao curso de Psicologia em Unidades de Saúde (US), possibilitaram por meio de relatos de pessoas idosas, identificar várias situações que contêm vivências de violência familiar. Entretanto, nem sempre eram assim percebidas ou nomeadas pela pessoa que relatava e tampouco, pelos profissionais da saúde, que não providenciavam o encaminhamento específico para o problema. Nas ocasiões em que o tema da violência contra o idoso vinha à tona entre os profissionais, tratava-se de violência física ou abandono de idoso incapaz, casos envolvendo formas extremas de violência, geralmente, acompanhados de denúncia formalizada junto aos órgãos de justiça e encaminhados a US para acompanhamento.

De acordo com o Pacto pela Saúde (Ministério da Saúde, 2006b), a US funciona como a porta de entrada da pessoa idosa no sistema público de saúde, via demanda espontânea ou busca ativa. Cabe a US o acompanhamento e o planejamento terapêutico e o primeiro passo para a organização dos serviços prestados. Considera-se o acolhimento do usuário, que tem como pano de fundo os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) e a Política Nacional de Humanização. O documento que aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (Ministério da Saúde, 1999)¹ já fazia especial menção à consulta geriátrica ampla, visando a possibilidade de avaliar questões emocionais e sociais envolvidas no bem-estar do paciente idoso. O objetivo era incluí-los no planejamento terapêutico e contar com a participação da equipe multiprofissional, bem como orientava que situações de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo dos profissionais, deveriam ser sempre observadas na relação entre o idoso e os profissionais de saúde. Também era importante que o idoso soubesse identificar posturas e comportamentos que significassem maus-tratos, bem como fatores de risco envolvidos.

¹ Este documento foi atualizado pela portaria 2.528/2006 do Ministério da Saúde, Brasil.

Os profissionais de saúde, principalmente, os da atenção básica, têm importância ímpar na detecção e manejo de situações de violência familiar, pelo acesso, proximidade e continuidade da atenção que essa modalidade de assistência oferece à população. Os serviços de saúde comunitários poderiam fortalecer a rede de suporte social para as pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente, os idosos que geralmente utilizam esses serviços com maior regularidade. Mas, para que isso ocorra de maneira efetiva é necessário que as pessoas compartilhem os significados sobre as realidades sociais e haja consenso acerca do que é e do que não é aceitável, porque quando não há um espaço para o compartilhamento de opiniões, os problemas vivenciados podem permanecer obscuros.

No tocante ao tema central desta pesquisa, questiona-se sobre quais são os significados construídos em relação à violência familiar por idosos e profissionais da saúde? Será que compartilham dos mesmos significados? Do contrário, pode ocorrer que o próprio idoso não identifique os maus-tratos sofridos ou busque ajuda e não encontre respaldo entre os profissionais da saúde. Esse fato favorece a continuação da violência silenciosa ou que o idoso a vivencie como algo sem solução ou da qual é merecedor.

Políticas públicas são de grande importância para a aproximação do problema, porém, nem sempre refletem o preparo dos profissionais para executá-las. Sabe-se que as equipes de saúde costumam se centrar mais nas queixas orgânicas, mesmo quando elas apresentam claros indícios de problemas de ordem psicossocial (Halphen, Varas & Sadowsky, 2009; Hanada, D'Oliveira & Schraiber, 2010).

Lidar com relações familiares que envolvem violência pode levantar temores nos profissionais que não se veem capacitados para o seu manejo, como também, as distinções do que vem a ser um ato de violência pode ser diferentemente significado e levar a diferentes formas de agir diante do problema. Tomando como base o princípio da integralidade e a política de humanização, ao focar a questão da violência familiar, é relevante pensar nas implicações e responsabilidades dos atores envolvidos no processo. Portanto, buscar a voz dos idosos e dos profissionais de saúde é colocá-los como protagonistas na discussão e na busca de direcionamentos.

No campo da investigação, o tema violência contra idosos desperta cada vez mais o interesse de pesquisadores. Minayo, Souza e Paula (2010) apresentam esse aspecto e, com a revisão das publicações da área, na última década, constataram um aumento de 945% nas produções sobre o tema.

Porém, a revisão sistemática da literatura realizada pelas autoras também comprovou o quanto ainda é limitado o número de trabalhos realizados tendo o idoso como interlocutor, uma vez que dos 115 trabalhos selecionados apenas 7 tinham a participação de idosos e desses, apenas um enfocou a violência familiar. Outros 7 estudos foram realizados com profissionais da saúde, porém nenhum deles no contexto da atenção básica. Apesar de dois estudos entre os revisados buscarem a concepção de violência entre idosos, a violência familiar surgiu como tema secundário (Silva, Oliveira & Joventino, 2008; Araújo & Lobo Filho, 2009).

Uma vez que as formas de manifestações da violência são múltiplas, assim como não existe um padrão único de envelhecimento, delineou-se como uma questão de pesquisa a inquietação sobre como idosos e profissionais da saúde, no contexto da atenção básica, significam a violência familiar contra o idoso. Isto porque, com base no ponto de vista teórico adotado, entende-se que a maneira como as pessoas constroem significados sobre a realidade em que vivem também direciona a forma de enfrentar as dificuldades e de agir para buscar alternativas de lidar com os problemas.

Desta forma, o presente estudo pretende analisar a violência familiar contra idosos com base no seguinte questionamento: quais os significados construídos acerca da violência familiar pelos usuários idosos e profissionais de uma unidade de saúde e como os significados direcionam a maneira de enfrentar o problema?

Esta pesquisa visa contribuir enquanto reflexão sobre os valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e que levam à construção de significados em torno da violência familiar contra idosos e de que maneira os significados geram formas de aproximação do problema. Acredita-se que os dados obtidos podem gerar bases para minimizar a “naturalização” da violência no cotidiano das relações familiares, aportar elementos para ressignificar as redes de apoio que trabalham com idosos e subsidiar a abordagem desse problema pelas equipes de saúde no contexto da atenção primária.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os significados e os recursos de enfrentamento da violência familiar, na perspectiva de idosos e profissionais no contexto de uma US de referência na atenção ao idoso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender os significados atribuídos à violência familiar por idosos usuários de uma US.

Identificar as redes sociais significativas para o enfrentamento da violência familiar pelos idosos.

Compreender os significados atribuídos à violência familiar na perspectiva dos profissionais, à luz do processo de trabalho de saúde desenvolvido junto aos usuários idosos.

Identificar ações de sustentação das políticas públicas relacionadas à violência familiar contra os idosos no trabalho de profissionais de uma US.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS

Esta pesquisa se norteia na perspectiva da complexidade por se entender que a tentativa de fragmentação do objeto de estudo e a busca de relações causais lineares têm se mostrado insuficientes para o avanço das pesquisas no campo das ciências humanas.

Buscar a complexidade nos fenômenos estudados significa compreender que eles são formados por múltiplos elementos que interagem e nesse processo afetam e são afetados reciprocamente. Significa também contextualizá-los, ou seja, buscar as relações entre todos os elementos envolvidos, ampliando o foco de análise e perceber as redes de conexões com sistemas mais amplos (Vasconcelos, 2002).

A consciência da complexidade leva ao reconhecimento da instabilidade, da imprevisibilidade e da incontrolabilidade do mundo e dos fenômenos analisados, já que complexidade não significa a busca de um saber completo, mas de um modo de estar em um mundo sempre em transformação. Assim, entende-se a complexidade como um problema ou desafio, mais do que uma solução para responder a velhos paradigmas (Morin, 2007).

A intersubjetividade na constituição do conhecimento do mundo é outro aspecto indispensável que norteia a pesquisa, pelo entendimento de que a realidade é uma construção social, realizada por diferentes observadores em espaços consensuais (Vasconcelos, 2002). Ao adotar o pressuposto da intersubjetividade, assume-se que a realidade é definida pelos acordos narrativos co-organizados em conversações compartilhadas nos grupos sociais (Sluski, 1997).

Nesse sentido, Grandesso (2000) argumenta que as narrativas constroem significados e os selves, uma vez que diferentemente do enfoque tradicional, o self não é entendido como algo interno e estável, mas em aberto, em constante construção nos espaços relacionais. A autora explica que os seres humanos vivem em um emaranhado de múltiplos sistemas simbólicos com diferentes lógicas de significados e de organização, formando uma rede complexa de relações. Nessas relações, buscam validar

seu conhecimento e construções da realidade através do consenso das ações, gerando processos recursivos nos quais se estabelecem as regularidades. Também, assim se percebe que, apesar de as narrativas serem socialmente construídas, existe a singularidade quando a pessoa se apropria das narrativas dos múltiplos contextos aos quais pertence e organiza as suas próprias.

Nota-se, portanto, que da mesma maneira como o indivíduo se constitui por meio das interações dialógicas em contextos específicos, acontece o modo como as pessoas compreendem o mundo e as experiências subjetivas. Essa compreensão ocorre por meio de construções realizadas em um espaço intersubjetivo, isto é, o ser humano não alcança uma realidade última ou verdadeira, porque a realidade a que pode ter acesso é aquela possível a sua capacidade de observação e de inter-relação. As pessoas constroem significados a respeito dessa realidade por meio das interações multidimensionais com seu ambiente.

Para McNamee e Gergen (2002) as formulações da realidade são guiadas e limitadas pelos sistemas de linguagem nos quais se vive, pois, o que pode ser dito a respeito do mundo é o resultado de convenções partilhadas nos discursos, nas construções de narrativas que conferem sentido e organizam a experiência individual. O ato de significar, nessa perspectiva, envolve os pensamentos derivados dos processos linguísticos e conversacionais que caracterizam a realidade percebida e construída socialmente pelos indivíduos, uma vez que é o intercâmbio humano que confere à linguagem a sua capacidade de significar.

Gergen (1996), tomando como ponto de partida obras de pensadores pós-estruturalistas, propôs através da teoria relacional alguns aspectos sobre como os seres humanos geram e sustentam significados. Entre os aspectos teóricos propostos por esse autor encontra-se que:

- o potencial para o significado se realiza por meio da ação complementar, porque um indivíduo isolado nunca pode significar;
- os complementos oferecidos pelo interlocutor atuam tanto para criar, como para limitar o significado. Dessa forma, ao se criar ou surgir um significado comum, outros significados são restringidos;
- os significados estão sujeitos à contínua reconstrução através da expansão do domínio da suplementação. Nesse viés, os significados mantêm-se como uma realização temporária, sujeitos a acréscimos e alterações concebidos por meio de significações suplementares;

- o significado não está sob o controle de nenhum dos interlocutores ou do processo diádico, já que o seu potencial decorre das imersões prévias de cada pessoa em outros relacionamentos;

- existe uma estreita relação entre significado e regularidade, o que permite o funcionamento efetivo de um grupo que depende de uma linguagem relativamente estável de descrições e explicações da realidade construída.

Tomando como base a teoria relacional de Gergen e uma vez assumidos os pressupostos da intersubjetividade, instabilidade e complexidade e a impossibilidade de neutralizar a presença do observador de qualquer fenômeno observado, fazer pesquisa e produzir conhecimento dá-se pela busca dos processos de construção de sentidos e significados de comunidades situadas histórica e culturalmente (Gergen & Gergen, 2006). Portanto, no presente estudo estabeleceram-se diálogos com os idosos e profissionais de uma US para compreender como os significados construídos em torno da violência familiar contra idosos direcionam tanto a detecção do problema, como a busca de recursos para enfrentá-lo.

3.2 IDOSO, FAMÍLIA, CICLO DE VIDA FAMILIAR E REDES SOCIAIS SIGNIFICATIVAS

O idoso, a família, o ciclo de vida familiar e as redes sociais significativas constituem conceitos transversais da presente pesquisa e são elementos fundamentais para a análise da violência familiar contra o idoso sob a perspectiva da complexidade, que pressupõe a contextualização dos fenômenos estudados e a interdependência entre os elementos. Assim, a abordagem seguirá a ordem acima descrita pensando a inter-relação entre o indivíduo idoso, família e relações sociais.

Inúmeras tentativas se realizaram para explicar o que se compreende por idoso ou velho. Convencionou-se dizer que idosa é a pessoa que completa 60 ou 65 anos de idade, conforme viva em um país desenvolvido ou em desenvolvimento, respectivamente. Nessa concepção, velho é a pessoa que está na velhice, entendida como a última fase do desenvolvimento humano (Neri, 2001).

A idade cronológica é uma convenção utilizada para marcar o ciclo de vida humano e para auxiliar em questões sócio-demográficas, políticas e

legais. Se por um lado o estabelecimento de um critério cronológico para o início da velhice é importante, pouco ajuda na compreensão subjetiva do que é ser idoso ou estar na velhice.

Todos que envelhecem trazem consigo as crenças, ideias e explicações sobre o envelhecimento contidas no contexto ao qual pertencem, uma vez que as pessoas, no seu processo de desenvolvimento, encontram-se imersas nas redes de relações sociais que as constituem e nas quais os significados a respeito do envelhecer e da velhice estão presentes.

Nas sociedades ocidentais o processo de envelhecimento é historicamente representado pela presença de doenças, pelo declínio do funcionamento orgânico e pelo aumento da mortalidade. De acordo com Groisman (2002) o envelhecimento se descreve pelos efeitos da idade sobre o organismo e por isso, associou-se à noção de patologia, apesar dos esforços em se afirmar a sua “normalidade”.

Para Neri (1995) a visão pautada no biológico, que compreende o envelhecimento apenas como declínio e decadência, predominou até a metade do século XX e influenciou diversas áreas do conhecimento, inclusive a Psicologia. Assim como Freud contraindicou a psicanálise para pessoas acima dos 50 anos, a Psicologia também ajudou a disseminar a ideia da rigidez de caráter, da inflexibilidade e da regressão para etapas pré-genitais do desenvolvimento como características típicas de idosos (Machado, Wagner & Drucker, 2002; Aranha, 2007).

Consequentemente, devido ao fato dos idosos apresentarem características mais nítidas do processo de envelhecimento, também foram durante muito tempo alvo de estereótipos envolvendo traços de personalidade e comportamentos como: inflexíveis, solitários, religiosos, improdutivos, doentes, depressivos, senis, frágeis e sem energia. Soma-se a esta lista de adjetivos a colocação de uma equação linear de envelhecimento com declínio cognitivo e a afirmação de que o enfrentamento de perdas é tarefa central do envelhecimento. Essas proposições, apesar de válidas para situações específicas, também contribuem para aumentar o preconceito, quando generalizados. Essa situação inclui todos os que envelhecem sem considerar as condições individuais e o contexto em que as pessoas estão inseridas, configurando-se como uma maneira preconceituosa, ou ageista, de se falar a respeito das pessoas idosas (Nussbaum, Pitts, Huber, Krieger & Ohs, 2005; Golub & Langer, 2007).

O aumento da expectativa de vida é uma conquista do período pós-guerra nos países desenvolvidos e iniciou uma tendência, que se confirma

na maioria dos países em desenvolvimento, entre eles, o Brasil. A transição demográfica dos países ocorre pelos avanços na medicina, nas políticas sociais e queda da fecundidade. Portanto, é cada vez mais frequente que as pessoas vivam mais e com maior qualidade (Freitas, 2006). Essas mudanças no panorama sócio-demográfico mundial impulsionam também uma nova maneira de se compreender a fase mais avançada do desenvolvimento humano.

Gradativamente, as conquistas sociais revelaram a possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia e a possibilidade de as pessoas continuarem ativas e socialmente participativas. Nos países guiados pela economia de mercado, a aposentadoria, representada durante décadas como a retirada da pessoa da cena social, concebeu-se como uma etapa de novas realizações e lazer, principalmente, desde que se descobriu o potencial dos idosos para o consumo. Frente à nova realidade que se delineia, a sociedade contemporânea procura modificar a feição negativa da velhice por meio do investimento na ideia do envelhecimento ativo.

Esse fato implica em uma tentativa de desconstrução de uma imagem estigmatizada da velhice e na construção de uma nova. A velhice é mostrada pela ciência e pela mídia cada vez mais como etapa de novas conquistas e em alguns casos, apontada como sendo melhor do que as etapas precedentes da vida, já que os idosos costumam ter menos responsabilidades e entraves. Nesse sentido, criaram-se eufemismos para se referir à velhice, uma vez que o próprio termo é visto carregado de preconceitos. Surgem novas nomenclaturas como “terceira idade”, “melhor idade”, “feliz idade”, “maioridade”, bem como o termo “idoso” que se sobrepõe ao termo “velho”, pela mesma razão (Debert, 1999; Groiman, 2002; Prado & Sayd, 2006).

Assume-se o padrão de juventude como ideal e é posto como um modelo a ser alcançado e mantido por todos. Com essa concepção, sociedade contemporânea constrói uma nova velhice, como também uma gerontofobia, para evitar tudo aquilo associado ao estereótipo do velho, pois a velhice, nessa ótica, é vista como um incômodo, que contraria os padrões culturais vigentes.

Apesar de o século XXI apontar para um cenário mais favorável para a velhice não se pode desconsiderar, conforme Papaléu Netto (2007), que cada pessoa ao envelhecer é um ser único que ao longo da sua trajetória de vida, foi influenciada por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural e econômica, os quais podem atuar sobre a

qualidade de vida na velhice e tornar o envelhecimento cada vez mais heterogêneo. Por esse motivo muitas pessoas continuam a viver em condições desfavoráveis nessa faixa etária apesar da velhice ser, por assim dizer, multifacetada.

No processo de subjetivação do envelhecimento a pessoa se depara com essas múltiplas faces desse estágio, que dessa forma, não pode ser entendido como um fato total (Debert, 2004). É possível que os indivíduos não se sintam velhos ou que não se coloquem como velhos em todos os contextos, mesmo já tendo alcançado a velhice, cronologicamente.

De acordo com Debert (2004) e Mercadante (2005), baseadas na obra clássica de Simone de Beauvoir² sobre a velhice, as qualidades atribuídas aos velhos são negativas e partilhadas pelos membros da sociedade, inclusive idosos, mas definem o velho em geral e não o velho em particular. É assim que, partilhando de uma ideologia, os idosos identificam aqueles que preenchem os requisitos para serem classificados como velhos, mas esses requisitos ou qualidades nem sempre são encontrados neles, portanto, se “o velho não sou eu”, “o velho é o outro”.

Ao considerar a construção da subjetividade ao longo da vida nas redes de relações que constituem os lugares e papéis de cada um na família e na sociedade, pode-se pensar que muito da problemática do envelhecimento está relacionada com a qualidade de vida e das redes sociais desenvolvidas durante a vida, que proporcionam ao indivíduo recursos para enfrentar as dificuldades (Sluzki, 1997) como também, os significados de envelhecimento e velhice (Gergen, 2009).

Pensando nas redes sociais significativas na velhice, a família desponta como a principal fonte de apoio às pessoas nessa fase da vida, assim como é cenário de grandes conflitos, de acordo com tema central desta pesquisa. Sendo assim, cabe direcionar a atenção brevemente para a forma como se compreende sua estrutura e funcionamento.

A família, como um sistema aberto, sofre constantes transformações para responder às necessidades de seus membros, bem como as da sociedade. Cerveny (1994) refere-se à família como um sistema dentro do qual as pessoas vivem no mesmo espaço físico e mantêm relações significativas ou de interdependência entre os vários subsistemas.

² Beauvoir, S. **A velhice**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1990.

Minuchin e Fishman (1990) a definem como um grupo natural que através dos tempos desenvolve padrões de interações que governam o funcionamento de seus membros. Portanto, a noção de família não se restringe aos vínculos de consanguinidade, mas à convivência e trocas afetivas e materiais entre pessoas por meio do processo progressivo das interações recíprocas e regulares, durante um período duradouro o qual confere sentido à vida dos envolvidos.

Para Cervený e Berthoud (1997), as diferentes configurações familiares são moldadas pela correlação das características da estrutura, dinâmica e valores de cada família. As autoras salientam que a estrutura familiar se vislumbra através de dados objetivos que desenham o grupo familiar, tais como: número de componentes, sexo, idade, religião, classe sócio-econômica, escolaridade, nacionalidade e profissão.

Associado a esses fatores, no processo de desenvolvimento familiar, as posições e os papéis dos integrantes que fazem parte da organização, são desafiados e colocados à prova no jogo interacional, pelo qual se constitui a dinâmica da família. A dinâmica familiar, portanto, é o conjunto de formas de funcionamento familiar, relações hierárquicas e de poder. As autoras anteriormente citadas postulam que a dinâmica se observa, entre outras coisas, por intermédio das metas familiares, dos papéis que cada membro da família assume, dos tipos de comunicação estabelecidos, das demonstrações de afeto, de como a família se reorganiza em situações de crise e transições. Os aspectos da vida individual ou grupal que passam entre os familiares configuram os valores da família. Segredos, tabus, mitos, crenças, religião, rituais e cerimônias realizadas desenham os valores que, geralmente, atravessam gerações e afetam todos os membros do sistema familiar.

Cervený e Berthoud (2009), estudando as transformações da família brasileira ao longo dos anos, indicam que ela continua sendo uma instituição conceituada de forma positiva. Entre as características que os brasileiros conferem às famílias destaca-se: um lugar de proteção e troca de afeto, espaço de aprendizagem e de formação social, além de ser o espaço natural de referência pessoal e constituição de identidade. Entre as características mantidas estáveis quanto à dinâmica familiar, as autoras destacam o amor e o dinheiro como ideal; estudo e profissionalização dos filhos como meta; figura materna com a função de organizar a casa e dar suporte emocional à família e figura paterna com a responsabilidade provedora. As autoras ressaltam que apesar das profundas transformações sociais, muitas delas ocorridas nas e pelas famílias de classe média, essas

mudanças são consideradas adaptativas e costumam ser encaradas mais como ganhos do que como perdas. Para efetivar as mudanças e dar continuidade aos vínculos, consideram-se o afeto e o diálogo como referência da família em todas as fases do ciclo vital.

Para Minuchin (1982), a visão da família como um sistema, leva em conta não somente as transformações sócio-culturais a que está sujeita por ser um sistema aberto, mas as reestruturações necessárias provenientes da passagem pelos estágios de desenvolvimento familiar e as adaptações realizadas pelos seus membros para manter a continuidade e intensificar o crescimento psicossocial de cada um de seus integrantes. Por essa razão é importante a noção de ciclo de desenvolvimento familiar.

Carter e McGoldrick (1995) propuseram seis estágios para o ciclo de vida familiar: 1) saindo de casa: jovens solteiros; 2) a união de famílias no casamento: o novo casal; 3) famílias com filhos pequenos; 4) famílias com adolescentes; 5) lançando os filhos e seguindo em frente e 6) famílias no estágio tardio da vida. Posteriormente surgiram aproximações à realidade brasileira do modelo de ciclo de vida familiar³, mas o modelo de Carter e McGoldrick continua uma referência original, apesar de baseado em famílias norte-americanas de classe média. Esse modelo não pretende imprimir a noção de normalidade ou de patologia. Porém, compreender as transições como fenômenos inerentes à vida familiar e à noção nele implícita na continuidade através do tempo. Essa reflexão permite apreender as características do curso passado até o momento atual, quais tarefas precisam ser dominadas e qual o futuro da família nesse sentido.

Além disso, as autoras propõem que o fluxo de ansiedade em uma família pode ser tanto horizontal como vertical. Os estressores verticais dizem respeito aos padrões de relacionamento e funcionamento que são transmitidos entre as gerações, principalmente, pelo processo de triangulação emocional e incluem tabus, expectativas, normas, rótulos, entre outros. Os horizontais se referem aos estressores desenvolvimentais previstos e aos não previstos como doenças, acidentes, mortes prematuras.

³ Cerveny, C.M.O. & Berthoud, C.M.E. (1997) *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Obra que deu início a uma série de publicações sobre o tema.

É importante salientar, considerando o objetivo da presente pesquisa, que o sexto estágio do ciclo de vida proposto por Carter e McGoldrick (1995) refere-se aos ajustamentos necessários frente ao envelhecimento na família. A questão principal desse momento é aceitar a mudança dos papéis geracionais. As mudanças de segunda ordem necessárias para que a família siga seu processo de desenvolvimento são: manter o funcionamento e os interesses próprios e/ou do casal em face do declínio fisiológico; apoiar uma função mais central da geração do meio; abrir espaço no sistema para a sabedoria e experiência dos idosos, amparando a geração mais velha sem superfuncionar por ela e lidar com as perdas dos próximos; preparar-se para a própria morte; efetuar revisão e integração de vida.

Sobre o ciclo de vida da família, Silva, Alves e Coelho (1997) propõem que o último estágio congrega dois aspectos essenciais para compreender: o de ruptura e o de continuidade. O primeiro associa-se às perdas ou fechamentos característicos do momento, como a aposentadoria, perda de autonomia e a viuvez. Já no segundo aspecto incluem-se os relacionamentos com filhos adultos e netos, ocupação do tempo livre frente à diminuição das demandas funcionais e revisão dos momentos anteriores da vida, que se integram ao presente e balizam as possibilidades futuras. Entre as tarefas nesse ciclo de vida as famílias precisam oferecer um “espaço para envelhecer”, social, emocional e geográfico, referido pelos autores como um ambiente de cuidados aos idosos, com ampliação necessária até a morte.

Pensando na convivência das famílias com os mais velhos, Mattos (2009) explica que em uma sociedade capitalista a situação econômica do idoso lhe confere indicadores que são tomados como sinais de competência, sabedoria e poder, pois, quem é mais independente tem a probabilidade de ser considerado positivamente. Nesse sentido, é interessante notar que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), os idosos ocupam cada vez mais a posição de chefia econômica dos domicílios quando moram com os familiares e o mais comum é morarem com os filhos, o que contribui para que mantenham um lugar de poder e respeito nas relações familiares.

O fator econômico não é o único a guiar as relações de familiares e idosos. Mattos (2009) ainda salienta que do espaço de cuidados oferecido aos idosos dependem as mudanças na estrutura e funcionamento das famílias, como a diminuição do número de filhos, as mudanças no mundo do trabalho que levam a maior mobilização e acesso à tecnologia e

informação e reorganizações das famílias pós-divórcio, re-casamento, entre outros. Além disso, se o idoso pertenceu a uma grande família de origem, mais suportiva e acolhedora frequentemente, sente-se excluído e desamparado, pois não teve a experiência dos modelos da atualidade.

A autora comenta que a postura assumida pelo idoso vai fazer diferença na sua integração à rotina e funcionamento da família e assim, costuma-se observar diferenças quanto ao gênero, já que a mulher, segundo a autora, toma uma atitude mais pró-ativa quanto às questões de saúde pessoal, está mais disponível aos cuidados de familiares dependentes e busca participação social. Por outro lado, os homens parecem ter maior dificuldade em deixar a vida produtiva após a aposentadoria, entristecem-se com mais frequência e apresentam maior dificuldade em adaptar-se a essa fase.

Apesar das dificuldades que se impõem principalmente, quando o idoso depende de cuidados, a maneira como a família e seus membros lidam com a situação está relacionada aos padrões familiares anteriormente desenvolvidos para manter a estabilidade e união entre seus membros, da capacidade de ajustar-se às perdas e aos novos desafios desenvolvimentais (Walsh, 1995). São problemas considerados potencializadores da violência familiar contra o idoso e serão apresentados mais adiante.

Apesar do valor e da importância da família, ela não se configura como única fonte de trocas e apoio para as pessoas, ao longo da vida. Os diversos sistemas de pertencimento, ou acesso a pessoas vinculadas a diferentes sistemas, configuram e enriquecem a diversidade das redes sociais significativas. A noção de redes sociais está atrelada à ideia de interdependência entre indivíduos, grupos e sociedade, no sentido das trocas e obrigações recíprocas que se estabelecem.

Sluzki (1997, p. 41) define rede social significativa como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade”. A colocação do autor remonta ao fato de que cada pessoa está inserida em uma micro rede social, composta pelas pessoas mais próximas, constituindo sua rede pessoal, e, em uma rede macro social que abarca determinantes históricos, políticos, socioculturais e econômicos. As redes sociais são formadoras de identidade, fonte de bem-estar, competência e agenciamento, cuidados à saúde e capacidade de adaptação a uma crise (Sluski, 1997).

Nesse viés, Andrade e Vaitsman (2002) indicam pesquisas realizadas sobre redes sociais e saúde que consideram o seu enfraquecimento um

potencial risco à saúde, comparável a outros como hipertensão, tabagismo e obesidade. Alegam que as “redes sociais contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através dos olhos e ações dos outros já que se sente que ‘estamos aí para alguém’.” (p. 928).

O modo de vida atual traz implicações diretas para a qualidade das redes sociais significativas na medida em que há uma porcentagem crescente de pessoas vivendo sós; ainda, menores pressões sociais para a participação em atividades conjuntas; também, o crescente número de casais sem filhos ou com filhos adultos vivendo em regiões distantes além do crescimento de emigrações e redução dos vínculos com família extensa.

Esses fatores, na opinião de Sluzki (1997), justificam o aprofundamento de estudos nessa área e alguns deles podem se relacionar diretamente à condição de vida dos idosos. Eles apresentam a tendência de diminuir sua rede pessoal com o passar dos anos, seja pela aposentadoria, seja o afastamento social devido ao declínio físico e/ou cognitivo ou ainda, pela morte de conhecidos e amigos.

As redes sociais, conforme a proposta de Sluzki (1997), são passíveis de representação gráfica e avaliadas por meio de um mapa mínimo no qual se incluem todas as pessoas que fazem parte das relações pessoais, conforme o grau de proximidade, em quatro quadrantes divididos em: família, amizades, relações de trabalho ou estudo e relações comunitárias. Por meio das representações gráficas, analisa-se o mapa mínimo pelas características estruturais da rede: tamanho, densidade, composição, dispersão, homogeneidade/heterogeneidade e tipos de função.

O tamanho representa o número de pessoas na rede e as de tamanho médio, 8 a 10 pessoas, são consideradas as mais efetivas, já que nas muito pequenas os membros podem evitar a proximidade em momentos de estresse para não se sobrecarregarem e nas muito grandes, pode haver a suposição de que alguém já tomou providências. A densidade representa a conexão entre membros independentes da pessoa em questão, como amigos que são amigos entre si. Da mesma forma, as redes muito densas favorecem a conformidade e a pressão de adaptação entre seus membros e as pouco densas não dispõem do efeito potencializador da comparação que diz respeito à intimidade e possibilidade de trocas entre os membros para fortalecer a ajuda prestada.

A composição, por sua vez, considera a distribuição das pessoas significativas em contextos de relação, pois, é possível que elas concentrem seus vínculos sociais em uma única área e não estabeleçam relações em

outros ambientes. O ideal é que haja uma distribuição mais homogênea entre os quadrantes. A dispersão diz respeito à distância e à acessibilidade que afetam a sensibilidade e a velocidade da resposta da rede às situações de crise. A homogeneidade ou heterogeneidade é avaliada em aspectos demográficos e sócio-culturais, segundo idade, sexo, cultura e nível sócio-econômico dos integrantes.

A partir do tipo predominante de intercâmbio interpessoal entre os componentes da rede é possível ainda verificar suas funções. Entre as principais, mencionadas pelo autor, encontra-se a promoção de: companhia, apoio social e emocional, guia cognitivo e aconselhamento, regulação social, ajuda material e de serviços, além do acesso a novos contatos. Por fim, Sluzki (1997) descreve os atributos do vínculo caracterizados pelas funções predominantes que as pessoas da rede desempenham: a versatilidade no desempenho das funções, a reciprocidade das funções desempenhadas, a intensidade da relação, a frequência dos contatos e a história da relação.

No campo da gerontologia, um dos atributos das redes, foco de estudos, é a reciprocidade das funções. Couto, Novo e Koller (2009) citam a reciprocidade nas trocas de apoio como um fator importante na avaliação dos aspectos funcionais da rede. Assim, quanto maior a reciprocidade, mais funcional a rede costuma ser considerada pelos idosos, com mais potencialidade para diminuir o impacto de eventos estressantes e maior a resiliência manifestada em situações adversas.

Na mesma direção estão os dados de Guedea et. al. (2006), que indicam aumento do bem-estar subjetivo e da satisfação com a vida entre idosos que dão e recebem apoio aos outros. É um aspecto importante a se considerar, pois, devido à crescente fragilidade, o idoso se vê, muitas vezes, impedido de dar na mesma medida em que recebe dos membros de sua rede e se considera um peso para os demais. Essa situação gera sentimentos negativos que podem afetar sua saúde.

Rosa, Benício, Alves e Lebrão (2007), constataram que, com o avançar da idade há o aumento da dependência dos membros da rede, principalmente dos filhos. Contudo, Couto, Novo e Koller (2009) indicam que para o idoso dependente de cuidados, seu bem-estar subjetivo se mantém quando avalia que ao longo dos anos precedentes contribuiu com os familiares na mesma medida ou ofereceu mais do que recebeu.

A relação entre redes sociais e diversos indicadores de saúde na população idosa: mortalidade, capacidade funcional, auto-avaliação de

saúde, sintomas depressivos e ansiosos, estado de ânimo, auto-estima, declínio cognitivo, violência, entre outros, demonstra que a rede social afeta a saúde e vice-versa (Sluski, 2002; Moré, 2005; Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005; Beland, Zunzuneghi, Alvarado, Otero & Del Ser, 2005; Silverstein, Cong & Li, 2006; Rosa, Benício, Alves & Lebrão, 2007; Leung, Chen, Lue & Shu, 2007).

De especial interesse para esta pesquisa é o fato de que o isolamento social provocado pela fragilização da rede pessoal do idoso é considerado um dos fatores que aumenta a vulnerabilidade para a violência familiar (Krug et al., 2002; Minayo, 2003; Santos, Silva, Carvalho & Menezes, 2007; Dong, Beck & Simon, 2010; Acierno et. al. 2010). Esse fato se evidencia pelo mapeamento das redes sociais significativas dos idosos, assim como esse modelo teórico contribui para a análise do funcionamento da rede social dos idosos em relação à violência familiar.

3.3 VIOLÊNCIA FAMILIAR E SAÚDE – PERSPECTIVA HISTÓRICA E CONCEITUAL

Apesar de a violência não ser um tema específico da área da saúde (Minayo, 2006), o setor merece especial atenção uma vez que recebe as consequências físicas e emocionais de sua ocorrência. A discussão sobre violência como assunto relacionado à saúde iniciou na segunda metade do século XX pela denúncia de profissionais da área em relação aos abusos perpetrada contra crianças e adolescentes e seus efeitos no desenvolvimento. Paralelamente ao movimento da área de saúde, o movimento feminista denunciava a violência contra as mulheres, promovendo a consciência de gênero e forçando os setores da saúde a tomar posição e sugerir respostas. A violência contra idosos foi o último alvo de atenção, aparecendo pela primeira vez, em um periódico inglês em 1975, no artigo intitulado “Espancamento de avós”⁴ (Sánchez, 2001; Fuster, 2002).

De acordo com Minayo (2006), os progressos no estudo da violência cresceram a partir dos anos de 1980 e o termo foi empregado oficialmente, pela primeira vez, na década de 1990 pela Organização Pan-Americana de

⁴ Baker, A.A. Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 1975, 5: 20-24.

Saúde, complementando a categoria “causas externas”⁵ recurso que até aquele momento abrangia as violências.

Krug et al. (2002) editaram o documento de orientação “World report on violence and health”, como resultado de reuniões e planejamentos prévios realizados com especialistas mundiais, um marco para a orientação de profissionais atuantes na área. Esse documento classifica as violências de acordo com a seguinte tipologia: a) autodirigida, que inclui suicídio e auto-agressão; b) interpessoal, que envolve a violência familiar, nas relações íntimas, em grupos e nas comunidades; e c) coletiva, que inclui a social, a política e a econômica. Relaciona ainda as diferentes modalidades de expressão: a) abuso físico; b) abuso psicológico; c) abuso sexual; e d) negligência ou abandono.

Pode-se pensar que uma das razões para a demora de se expor a violência enquanto problema de saúde e a morosidade em avançar nesse seu campo de estudo se devam à dificuldade em estabelecer um consenso, em questões básicas de qualquer discussão, como a natureza e a definição do objeto de estudo.

Rifiotis (2006, 2008) ressalta que o termo violência é um significante sempre aberto a novas significações e situações, configurando-se como um campo semântico em expansão e sujeito a jogos discursivos. Como resultado desses jogos discursivos que a define e a recorta em múltiplas categorias e tipos, surge uma pluralidade cada vez maior de violências e a impressão que se tem é que ela aumenta gradativamente, o que pode distorcer a realidade. Mesmo em relação às dificuldades apontadas quanto à conceitualização, entende-se que as definições e tipificações adotadas contribuem para direcionar o foco das pesquisas e intervenções em saúde, além de demarcar políticas públicas.

A origem dos comportamentos violentos continua alvo de debate nas ciências, concentrando pontos de vista divergentes quanto às bases biológicas e ao processo de aprendizagem social. No entanto, há concordância de que toda violência está diretamente relacionada à agressividade humana (Morgan, 1977; Davidoff, 2001; Bock, Furtado & Teixeira, 2005).

⁵ Epidemiologicamente utiliza-se o conceito de causas externas como indicador de magnitude para os acidentes e as violências em termos de mortalidade e morbidade. Consta no capítulo XX do CID-10.

Osório (2001) compreende que todo ser humano é potencialmente violento, embora sua violência latente nunca se possa manifestar caso não haja estímulos externos suficientes para desencadeá-la e expõe uma diferenciação para a compreensão da agressividade, da agressão e da violência. A agressividade seria, psicodinamicamente falando, um movimento para frente, caracterizada para a “ação” e não por seus propósitos, que podem estar tanto a serviço de movimentos construtivos, de vida, como de movimentos destrutivos, de morte. Portanto, considera que o termo agressividade deve estar mais ligado aos primeiros, e, agressão, aos segundos. Assim, agressividade e agressão seriam os lados opostos da mesma moeda, ou um continuum entre o normal e o patológico. A violência, para o autor é o grau extremo da conduta agressiva, com finalidades destrutivas.

Um aspecto importante da discussão acerca da violência é proposto por Rifiotis (2006) ao colocar que no imaginário das pessoas ela está sempre no outro, devido à negatividade com que é tratada. O autor ressalta que a violência está em cada pessoa, família, grupo social, seja minoritário ou não, como também, que ela age como uma força capaz de manter as diferenças, as identidades locais e a construção das subjetividades, por isso mesmo aponta para aspectos de sua positividade.

Essa opinião encontra ressonância em Perrone e Nannini (1997), porém esses autores alertam que a “boa violência” diz respeito à agressividade, que serve para “definir o território de cada um e fazer valer seu direito. A violência, ao contrário, rompe os limites do próprio território e os dos outros, invade a relação e os deixam confusos. É uma força destruidora de si mesmo e dos outros.” (p. 30) Nesse aspecto, Minayo (2006) representante dos estudos da violência no setor da saúde no Brasil, reconhece a positividade da violência para algumas áreas, mas afirma que para o setor saúde não existe positividade nas manifestações da violência.

Muitas são as razões que sustentam a prática da violência em uma sociedade, grupo ou família. Para Agudelo (1990), o uso da violência ocorre geralmente, quando a determinação do indivíduo ou grupo, que detém o poder, pretende manter, modificar, destruir ou restaurar uma determinada ordem de coisas ou valores, instaurando o seu querer em detrimento do outro.

Nesse sentido, Ravazzola (2005) define que o abusador possui maior poder na relação e coloca o abusado em condição de objeto e não de sujeito. De acordo com a autora, a pessoa que exerce abusos não aprendeu a

regular, escutar ou respeitar mensagens pessoais e do outro ou se encontra em contextos em que essas mensagens se diluem devido a construções sociais que geram preconceitos e modos de agir resultando em danos ou prejuízos. A autora argumenta que os contextos que sustentam a prática da violência, geralmente, apresentam condições como déficit de autonomia ou significativa dependência. Essa condição impede a pessoa abusada de escolher livremente a permanência ou abandono da relação, quando se constata uma desigualdade hierárquica fixa mantida por crenças que atribuem valores e autoridade desiguais. Ainda se verifica uma circulação de crenças e significados de forma que o abuso é reconhecido como legítimo ou justificado, proporcionando impunidade ao abusador.

Dessa forma, leituras lineares das situações de violência escondem a dinâmica relacional existente na situação, levando a polarizações que estabelecem a participação dos atores em termos de vítimas/agressores ou culpado/inocentes, impedindo o avançar da análise. Osório (2001) contribui com a discussão ao analisar a violência sob um enfoque sistêmico, ao afirmar que ela é ao mesmo tempo causa e efeito de um processo que se retroalimenta negativamente, ou seja, tende a manter o sistema sem saídas. Frente a este impasse, torna-se mais importante entender o mecanismo que a mantém do que quem ou o que a começou, ou analisar os envolvidos como unicamente “vítimas” ou “agressores”, já que o raciocínio linear perde de vista sua multicausalidade e circularidade do processo. Nesse aspecto, Krug et al. (2002) lecionam que toda violência seja examinada à luz de um modelo ecológico, já que nenhum fator isolado explica a violência, seja de um indivíduo ou de uma sociedade. Ao ampliar o foco de análise evita-se uma visão individualizante da violência e consequentemente, conduz a ações de saúde mais abrangentes, que reflitam medidas além das que envolvem vítimas e agressores.

Quando se trata da violência familiar também se depara com uma ampliação de seu campo semântico, materializado nas diferentes formas de conceituá-la. Cada novo termo ou categoria surge em um determinado momento histórico para ressaltar um aspecto da realidade até então obscurecido o que ocorreu com os termos violência “intrafamiliar” e “violência doméstica”. Os documentos editados pelo Ministério da Saúde, “Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço” (Ministério da Saúde, 2002) e “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” (Ministério da Saúde, 2005), apresentam a seguinte definição para violência intrafamiliar:

Por violência intrafamiliar se entende toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra. (...) A violência intrafamiliar expressa dinâmicas de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação-dominação. Nessas relações – homem/mulher, pais/filhos, diferentes gerações, entre outras – as pessoas estão em posições opostas, desempenhando papéis rígidos e criando uma dinâmica própria, diferente em cada grupo familiar. (Ministério da Saúde, 2002, p. 15)

O termo violência intrafamiliar salienta que os atos de violência podem ser cometidos dentro ou fora do ambiente domiciliar, perpetrados tanto pelos membros da família, como por aqueles que assumem função parental, a exemplo de madrastras/padastros, cuidadores de idosos dependentes, enfim, aquelas pessoas que exercem alguma influência ou poder nas relações familiares. Esse termo introduz o aspecto da violência como uma forma de interação, o que induz a algo além do individual e que não está somente no outro, mas em todos os envolvidos na relação, seja por ação ou omissão. Quando pensada dessa forma, possibilita ir além da polaridade em torno de comportamentos típicos de vítimas/agressores ou culpados/inocentes, conforme apresentado anteriormente.

Em consonância com esse pensamento, Perrone e Nannini (1997) sugerem o uso dos termos “atores da violência”, envolvendo os emissores, receptores e participantes - pessoas presentes no momento da situação de violência. Eles estabelecem quatro pressupostos para trabalhar com a violência familiar sob uma ótica sistêmica: 1) a violência é um fenômeno interacional e, portanto, não pode ser explicada somente pela esfera intrapsíquica; 2) todos que participam de uma interação violenta se tornam implicados e responsáveis; 3) todo indivíduo adulto, com capacidade de

viver de modo autônomo é o guardião de sua própria segurança, se não assume essa responsabilidade, estimula os aspectos violentos no outro; e 4) qualquer pessoa pode se tornar violenta, porque mais do que um estado definitivo, é uma situação de equilíbrio instável de um mesmo indivíduo. Os autores consideram que o ato violento não pode ser visto como uma forma de desordem nas relações, mas antes uma “ordem prioritária, resultante das seqüências circulares, de interações e mensagens repetitivas trocadas entre os vários protagonistas” (Perrone & Nannini, 1997, p.31).

Nessa perspectiva, Rifiotis (2008) argumenta que a violência nas relações familiares não deve ter a conotação de uma anomalia, porém de uma possibilidade sempre presente nas relações humanas. Cantera (2007) entende que diante de um conflito gerado pelo antagonismo das pessoas envolvidas em seus interesses, valores, aspirações ou desejos admite-se a possibilidade de uma saída construtiva ou aceitável para ambas as partes, com crescimento pessoal e da relação. Contudo, precisa-se considerar a hipótese de não se estabelecer um acordo ou saída aceitáveis na visão dos envolvidos e a solução encontrada é a violência. Na opinião da autora, a violência não é uma consequência inevitável do conflito, mas uma estratégia para atingir determinados resultados e está estreitamente relacionada com a hostilidade e com a agressão, onde há a intenção de causar um mal a alguém. Rifiotis e Cantera entendem a violência como algo que qualifica as relações interpessoais, consequentemente, justifica-se a importância dos aspectos interacionais para se compreender como essas relações se tornam violentas.

Por outro lado, a introdução do termo violência doméstica está atrelado ao esforço dos movimentos feministas que, a partir da década de 1950, chamaram a atenção para a violência que ocorre nos lares. A intenção foi discutir um aspecto em voga sobre violência, condição de inúmeras mulheres que sofriam agressões geralmente, de seus companheiros, contudo, não a denunciavam. Nesse momento histórico fazia sentido a introdução de um termo que ressaltasse essa situação e a destacasse das demais formas de violências, privilegiando a questão do locus, mesmo que não estivesse dissociada dos elementos conceituais da “violência intrafamiliar” como o seguinte trecho esclarece:

Particularmente, a violência doméstica é um fenômeno trazido à luz pelos movimentos sociais

de mulheres. Por esta razão, muitas vezes o termo foi utilizado para descrever situações de violência intrafamiliar, no espaço doméstico, atingindo as mulheres por sua condição de gênero. (Ministério da Saúde, 2002, p.15).

Por essa razão, necessitou-se focar determinadas relações familiares, como a de casal, para destacar as ocorrências de violência antes obscuras e naturalizadas no interior dos lares. Essa estratégia foi válida na medida em que promoveu a conscientização social do problema, contribuiu para a gradativa desconstrução das regras culturais nas quais a violência está alicerçada e auxiliou no estabelecimento de políticas públicas direcionadas ao suporte social e empoderamento para as vítimas.

Além dessa argumentação, o trabalho de Cantera (2007) sobre a violência de casais alerta para o fato de que quando se cria uma categoria, existe a probabilidade de outros aspectos serem obscurecidos ou excluídos. Como exemplo, a autora cita que a categoria “violência de casal”, exclui as violências ocorridas no momento anterior à relação, como namoro e noivado bem como no momento posterior à relação com o ex-cônjuge. Outro exemplo discutido pela autora é o conceito da “violência de gênero” que, por estar atrelada à noção patriarcal de formação de família e de casal, não leva em consideração as violências ocorridas entre casais homossexuais e as das mulheres contra os homens.

Na presente pesquisa, optou-se pelo termo “violência familiar”, compreendendo-a em sua multideterminação e complexidade. Nessa perspectiva, não se pretende negar os aspectos acima apresentados que acompanham os termos “intrafamiliar” e “doméstica”, mas garantir a possibilidade de abertura para as construções de significados presentes nas relações e que culminam em violências, sem partir de uma pré-determinação de gênero ou de uma verticalização nas relações.

3.4 VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA IDOSOS

Tal como a violência envolvendo as demais faixas etárias, a perpetrada contra idosos tornou-se alvo de atenção e, para a sua abordagem,

a definição proposta pelo International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA, 1995), é a comumente utilizada na área da saúde: ato único, repetido ou falta de ação que ocorre no contexto de uma relação na qual há uma expectativa de confiança e que causa danos ou perturbações à pessoa idosa.

O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (Presidência da República, 2005), define sete categorias de violência, sendo os termos “maus tratos” e “abusos” utilizados como sinônimos:

- Abuso físico: quando há o uso da força física para levar os idosos a fazerem o que não desejam, resultando em ferimentos corporais, dor física, incapacidade ou morte.

- Abuso sexual: existência de ato ou jogo sexual, homo ou hetero relacional, incluindo pessoas idosas que visam a obtenção de excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

- Abuso emocional ou psicológico: correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.

- Exploração material ou financeira: exploração ou uso não consentido, impróprio e ilegal de recursos financeiros e patrimoniais de pessoas idosas.

- Abandono: ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.

- Negligência: recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso por parte dos responsáveis familiares ou institucionais.

- Auto-negligência: comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança pela recusa de prover cuidados pessoais necessários.

A violência familiar contra idosos é universal, porque a literatura de diferentes culturas revela que anciãos de diversos níveis sócio-culturais, gênero, etnias, religiões e raças são vulneráveis (Lee & Kolomer, 2005; Patterson & Malley-Morrison, 2006; Flanders, 2006; Carvalho, 2006; Wang, 2006; Gaioli & Rodrigues, 2008; González & Zinder, 2009; Cooper et. al., 2010; Dong & Simon, 2010).

Apesar da certeza de sua ocorrência, levantar a extensão do problema é um grande desafio para pesquisadores do Brasil e do mundo

face às diferentes conceituações de violência empregadas nos estudos, uso de diferentes metodologias e maneiras de acessar os idosos. Cooper, Selwood e Livingstone (2008) em artigo de revisão sistemática da prevalência de violência contra idosos na população mundial encontraram variação de 3,2 a 27,5%. Da mesma forma, Espíndola e Blay (2007) localizaram pesquisas indicando coeficiente de abuso físico entre 1,2%, na Holanda e 18% na Finlândia. No Brasil, Moraes, Apratto Júnior e Reichenheim (2008) levantaram a prevalência de violência física contra o idoso no domicílio, em uma população de baixa-renda assistida pelo Programa de Saúde da Família, em Niterói, que variou entre 10,1%, qualquer forma e 6,3%, grave. Os autores ponderam que o índice obtido foi bem maior que em outros países, porém similar a outro, único estudo brasileiro.

As delegacias de proteção contribuem com dados estatísticos para embasar a compreensão da dimensão dessa problemática. Chaves e Costa (2003), em pesquisa realizada na Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso em Belo Horizonte, constataram que 90% dos casos de maus tratos e negligência contra pessoas com mais de 60 anos, ocorreram nos lares. Na mesma direção, Gaioli e Rodrigues (2008) pesquisando boletins de ocorrência nas delegacias de polícia de Ribeirão Preto, encontraram que 87% dos idosos foram vítimas de maus tratos no domicílio.

Devido a um panorama ainda incipiente de estudos, Minayo (2007) considera prematura qualquer conclusão e orienta que as informações epidemiológicas ainda precisam ser relativizadas. Na área da saúde, a notificação dos casos de violência só foi exigida a partir da promulgação do Estatuto do Idoso (Ministério da Justiça, 2003), contudo, existem dificuldades quanto a sua realização. De acordo com a autora, o setor saúde oferece apenas dados registrados como causas externas e se referem unicamente aos casos que receberam atendimento em serviços de saúde ou no Instituto Médico Legal. Se a quantificação ainda não é precisa, os registros efetivados nos serviços de denúncia, delegacias e notificações de profissionais da saúde auxiliam para uma aproximação do perfil da vítima, do agressor e das situações que predispõe os idosos à acentuada vulnerabilidade.

As características dos abusadores delineados na literatura são as seguintes: filhos na meia-idade, homens com maior frequência que mulheres, seguidos por noras, genros e cônjuges que apresentam frequentemente, histórico de doenças mentais, desordens de personalidade e

abuso de álcool ou drogas; histórico pessoal como vítima de violência familiar ou estrutural; dependência financeira do idoso e moradia muito próxima ou conjunta. As vítimas, na maioria das vezes, são mulheres, com 75 anos ou mais, viúvas, física ou emocionalmente dependentes do agressor, vivem em situação de isolamento social ou em ambiente de pouca comunicação, pouco afeto e é comum, apresentarem declínio físico, cognitivo ou funcional (Pasinato, Camarano & Machado, 2006; Collins, 2006; Minayo, 2007; Gonzáles & Zinder, 2009; Lowenstein, Eisikovits, Band-Winterstein & Enosh, 2009).

Toda violência é uma negação do humano e envolve intensos sentimentos de medo, vergonha e humilhação, principalmente, quando o perpetrador é alguém da própria família, o que pode levar a vítima silenciar sobre o ocorrido. Entre os motivos associados ao silêncio dos idosos estão o receio de perder: o cuidador, a privacidade motivada pela exposição pública e intervenção exterior, as relações familiares e ser colocado numa instituição. Outros motivos que os levam ao silêncio são o temor de recriminação pelo suposto abusador ou por acharem que ninguém vai acreditar no abuso ou ainda serem indicados como responsáveis pelo comportamento abusivo do outro (Fuster, 2002; Espíndola & Blay, 2007; González & Zinder, 2009). Por outro lado, a falta de conhecimento dos idosos sobre os mecanismos de proteção sociais, vergonha na hora de acioná-los ou mesmo, o descrédito quanto à efetividade dessa medida, os impedem de buscar soluções mais efetivas (M. J. Silva et al., 2008; Cooper, Seewood & Livingstone, 2008; Penso & Morais, 2009).

Como a violência nas relações não é facilmente detectada, a busca por indícios se constitui em uma maneira de aproximação dos envolvidos e de romper a atmosfera de segredo e sofrimento. Krug et al. (2002), Fonseca e Gonçalves (2003) e o documento Violência Intrafamiliar – Orientações para a prática em Serviço (Ministério da Saúde, 2002) enumeram alguns indícios de maus tratos que podem ser observados no cuidador familiar e nos idosos. No primeiro, comportamento hostil e agressivo, ausência de disponibilidade para prestar cuidados, preocupação excessiva com o controle do idoso, queixa reiterada da carga que ele representa e informações inconsistentes. Nos idosos, presença de lesões e ferimentos frequentes; demora entre o surgimento do ferimento ou doença e a busca por atenção médica; explicações vagas ou implausíveis para sinais ou sintomas; visitas assíduas a serviços de emergência médica; idosos fragilizados física ou mentalmente sem o acompanhamento de um cuidador;

achados laboratoriais inconsistentes com a história clínica apresentada; aparência descuidada; desnutrição; comportamento agressivo ou apático; afastamento ou isolamento e tristeza ou abatimento profundos. Nesse sentido, os problemas relacionais, envolvendo membros idosos da família, são direcionados a serviços médicos de saúde mais do que a serviços de atenção psicológica e as queixas, da mesma forma, costumam ser mais de ordem somática (Walsh, 1995). Por isso, ressalta-se a relevância de os profissionais de saúde trabalhar de forma interdisciplinar e estar atentos para diagnosticar a origem do problema.

Para analisar os motivos que levam um familiar a agir com violência em relação a um idoso, há que se levar em conta não só características das pessoas envolvidas ou da família, já que se trata conforme colocado anteriormente, de um fenômeno multideterminado e que deve se analisar em sua complexidade.

A conjuntura econômica e política do país afeta as famílias que, por sua vez, refletem esses aspectos na relação com os idosos. Como exemplo, ocorre quando as pessoas não fixam residência, habitam em locais com alta densidade populacional ou com características não homogêneas, dificultando a coesão de seus integrantes e gerando o isolamento social. Outro exemplo são as comunidades com problemas de tráfico de drogas e alto índice de desemprego, já que áreas de pobreza, com deterioração física e com pouco suporte institucional, são mais propensas à violência (Krug et al., 2002; Ministério da Saúde, 2005).

Apesar de a violência familiar se manifestar em todas as classes sociais, estudiosos da área de família demonstram a relação entre os ambientes de pobreza e a significativa incidência de violência familiar (Narvaz & Koller, 2006; Parente, Nascimento & Vieira, 2009). No caso dos idosos, as vulnerabilidades podem se somar às limitações impostas pela idade, saúde debilitada, dependência além da pobreza que expõe as famílias a diversas formas de violência durante seu ciclo vital (Penso & Marais, 2009).

Os diferentes arranjos familiares na velhice trazem desafios para o relacionamento interpessoal e, se manejados inadequadamente transformam-se em geradores de conflitos e violências. Entre as diferentes composições familiares a viuvez, que é mais frequente entre as mulheres devido à maior expectativa de vida do gênero, é o motivo de um percentual considerável de idosos viverem sozinhos. Esse fato já foi considerado como abandono familiar e apontado como motivador para o aumento da

depressão na velhice. Hoje, pesquisas mostram que as famílias, na grande maioria das vezes, não deixam de ser fonte de apoio para os idosos nessa situação. A “intimidade à distância”, como se convencionou chamar, apresenta-se como satisfatória tanto para familiares como para idosos, já que preserva fronteiras, garante a independência e a autonomia, permitindo que a reciprocidade de atenção e afeto seja garantida e possibilita ao idoso tempo para a introspecção e revisão de vida, tarefa essencial nessa etapa (Baltes & Silverberger, 1995; Neri & Sommerhalder, 2002; Tomassini et al., 2004; Debert, 2004; Iecovich et al., 2004; Glaser et al., 2006). Por outro lado, quando há a presença de fatores estressores concorrentes envolvendo os familiares, corre-se o risco de negligência em relação às necessidades dos idosos.

Um arranjo familiar diferenciado, comum na atualidade são os lares multigeracionais, caracterizados por duas, três ou mais gerações em co-habitação em razão do declínio físico do idoso, condição financeira insuficiente após aposentadoria, viuvez ou filhos que têm postergado a saída de casa ou antecipado o seu retorno nos casos de desemprego, separação ou problemas de saúde. O fato é que gradativamente, um novo fenômeno se evidencia, o não esvaziamento do ninho. Para essas famílias o desafio é a interação entre as gerações, pois, a adaptação e integração das pessoas idosas nesses lares não acontecem sem esforços das partes envolvidas (Camarano & Ghaouri, 2003; Silveira & Wagner, 2006).

Walsh (1995) ressalta o fato de que as famílias num estágio posterior de vida requerem flexibilidade na estrutura, papéis e respostas às novas necessidades e desafios desenvolvimentais. Segundo a autora, a resposta de cada família às perdas decorrentes do envelhecimento de seus membros depende, em grande parte, da organização das etapas precedentes, lembrando que algumas regras interacionais anteriormente funcionais, podem perder essa qualidade, em determinado momento.

As relações estabelecidas entre pais e filhos são um exemplo da necessidade de flexibilidade e adaptação ao longo do tempo, uma vez que durante a infância e adolescência são fundamentalmente complementares, sustentadas por vínculos de dependência. No entanto, se modificam na medida em que as responsabilidades como provedores e cuidadores primários terminam. A autoridade dos pais diminui, seja por ser desnecessária pela independência dos filhos ou pela perda do poder econômico e da saúde. Erbolato (2002) argumenta que por causa dessas dificuldades a relação pais-filhos se inverte e é a qualidade dos vínculos

anteriores - afeição e sentimentos de dever filial – que assegura a retribuição de suporte e um relacionamento percebido como simétrico.

Nas relações familiares multigeracionais, a convivência explicita diversos interesses e necessidades que se contrapõe e se tornam conflitantes, elevando a tensão intrafamiliar. Lopes e Calderoni (2007) consideram que o envelhecimento dos pais remete à organização interna dos filhos, pois se confronta com o medo da perda de um ente querido, como também com a possibilidade de ver nos pais idosos, um espelho do próprio futuro. Além disso, normalmente, os filhos estão na meia-idade, fase em que os adultos encontram-se sobrecarregados com responsabilidades em relação a trabalho, filhos e lidando com o seu processo de envelhecimento. Essa colocação vai ao encontro do que foi proposto por Walsh (1995) como interação geracional cruzada, isto é, quando as tarefas do estágio tardio da vida dos idosos interagem com as questões de vida das gerações mais jovens, aumentando a probabilidade de ocorrerem abusos.

Entre as relações intergeracionais, a experiência de se tornar avô é apontada como oportunidade de reviver questões relacionadas à criação dos filhos e retomar os vínculos de dependência que coloca os idosos em posição de destaque. Quanto melhor a condição física dos avós esse papel ganha maior importância nas famílias. Entretanto, se por um lado, o neto é a possibilidade de se imortalizar, também pode representar a concretização da passagem do tempo, trazendo sentimentos ambivalentes ao idoso pelo confronto com a finitude (Erboato, 2002; Linares, 2003; Strom, Carter & Schmidt, 2004; Lopes & Calderoni, 2007).

Nesse sentido, avós superenvolvidos podem suscitar problemas na dinâmica familiar e provocar conflitos conjugais dos filhos ou em triangulações com netos. Exemplifica-se esse quadro com avós que não aceitam a passagem do tempo e desejam dar continuidade ao papel materno/paterno competindo ou impedindo o filho de exercê-lo (Walsh, 1995; Linares, 2003; Falcão, Dias, Bucher-Malusckhe & Salomão, 2006).

O conflito entre as gerações é foco de vários estudos na atualidade e uma das questões frequentemente mencionadas nas pesquisas sobre violência familiar. A ambivalência é um sentimento normalmente presente nos familiares pelo desejo de cuidar da afeição pela pessoa idosa e as restrições que a sua presença pode significar, incluindo condições de moradia e a falta de privacidade que a sua inclusão acarreta. O idoso, por sua vez, sente-se um peso para a família, desenvolvendo sentimento de culpa e desgosto por sua situação de dependência, o que gera raiva e

frustração para si e para o ambiente (González, Andrade & Veia, 2001; Krug et al., 2002; Soliz & Harwood, 2003; Zhang, 2004).

J. L. Silva et al. (1997) citam que uma das tarefas do estágio tardio das famílias é oferecer um “espaço para envelhecer” e a partir disso, refletem que na atual conjuntura, a grande maioria das famílias é urbana, nuclear, com poucos filhos e se constitui numa célula autoproductiva porque produz de forma especializada, necessitando cada vez de mais horas de trabalho. Ressaltam que se trata de um modelo quase antropofágico, pois quanto mais produz, mais necessita, mas nem sempre alcança com esse esforço, qualidade de vida, por viver em espaços cada vez mais reduzidos e isoladas. Consideram-se, mesmo que indiretamente, as mudanças estruturais e as de funcionamento das famílias, fatores potenciais para a ocorrência de violências. Justifica-se esse posicionamento quando indicam que de alguma forma a disponibilidade para oferecer um espaço para o envelhecer de seus membros nem sempre está presente. Frente a essas transformações, os idosos deixam de ocupar um lugar de respeito, para passar a uma quase invisibilidade nas famílias. Ainda, suas necessidades e direitos não são reconhecidos, portanto, são coisificados e potenciais vítimas de violência, identificados como empecilho para a realização dos mais jovens. Por causa dos múltiplos fatores que promovem a violência familiar contra o idoso, Penso e Moraes (2009), ancoradas em autores da área da terapia familiar sistêmica, consideram que o cuidado recíproco ocorre em famílias por meio da transmissão de mitos e ritos que delegam papéis e destinos, através das gerações. Por conseguinte, deriva o sentido de pertencimento a um grupo para o qual se tem obrigações a cumprir e que por sua vez, geram sentido e significado para a vida dos indivíduos e familiar. Segundo as autoras, as obrigações em relação aos membros da família e o cumprimento dos papéis delegados, incluindo cuidados aos idosos mais dependentes, são garantidos por meio da lealdade familiar. Ela ocorre quando os membros mantêm as expectativas de funcionamento conjunto e o compromisso ético com o grupo. Essas perspectivas são viáveis quando a contabilidade familiar proporciona espaço para as realizações pessoais e coletivas, garantindo o convívio e cuidados entre as gerações.

As vulnerabilidades próprias da idade e o lugar social ocupado pelos idosos, colocam-nos mais como receptores do que como emissores de violência (Presidência da República, 2005). Contudo, o fato de se transformarem em vítimas na velhice se relaciona à violência ou abandono

de familiares, por eles perpetrados no passado, além de comportamentos disruptivos, agressividade e atitudes provocativas em relação aos familiares. A transmissão transgeracional da violência é um assunto vastamente estudado na área de terapia familiar (Azevedo, 1985; Perrone & Nannini, 1997; Krug et al., 2002; Fuster, 2002; Ministério da Saúde, 2005; Ravazzola, 2005; Casique & Furegato, 2006; Antoni, Barone & Koller, 2006; Gomes, Diniz, Araújo & Coelho, 2007; L.L. Silva, Coelho & Caponi, 2007; Silva, Falbo Neto & Cabral Filho, 2009). Ela é também apontada como fator gerador da violência contra idosos (Collins, 2006; Santos, Silva, Carvalho & Menezes, 2007; Faleiros & Brito, 2009; Penso & Morais, 2009).

Quanto ao aspecto financeiro, dados do senso brasileiro mostram que a renda dos idosos aumentou, contribuindo para o sustento das gerações mais jovens, principalmente, em famílias de baixa renda (Camarano, 2001). Em pesquisa realizada com idosos trabalhadores informais, Coutrim (2006) demonstrou que, enquanto provedores, esses idosos permanecem chefes de família, o que lhes confere maior poder de decisão, orgulho do trabalho e da posição que ocupam nas relações familiares. Esses dados de pesquisa estão em consonância com os do IBGE (2007) que indicam o aumento de idosos como responsáveis e chefes de domicílio. Essa ocorrência significa que sustentam ou ajudam no sustento da geração mais jovem. Já a pesquisa de Teixeira e Rodrigues (2009) concluiu que os idosos ajudam mais as gerações mais novas do que são por elas ajudados.

As questões financeiras são um problema enfrentado hoje por diversas famílias, seja pela dependência financeira do idoso ou da família em relação ao idoso, podendo culminar em abusos financeiros. Uma variante do abuso financeiro é a apropriação indevida de patrimônio através da violência, que Menezes (1999), citado por Santos et. al. (2007) refere como uma das queixas mais registradas nas Delegacias de Polícia especializadas para idosos. Segundo a autora, entre os idosos isso se torna comum porque eles permitem que os agressores se apropriem de seus bens por temerem a solidão, a vida em asilos e clínicas geriátricas. Os agressores, depois da apropriação dos bens, detêm o poder sobre o idoso e seguem coagindo, ameaçando e perpetrando o ciclo da violência.

Chaves e Costa (2003), também descrevem como as famílias agem na tentativa de forçar procurações para acesso aos bens dos mais velhos. Nesse quadro se incluem a apropriação ou venda sem consentimento, expulsão do idoso do imóvel ou seu confinamento em espaços minúsculos.

O estudo de Setterlund et al. (2007), permite refletir a respeito do abuso financeiro, ao indicar que ele ocorre mais por oportunismo ou por ganância de quem tem vínculo com o idoso ou administra suas finanças do que por necessidades financeiras, estresse ou sobrecarga, consequentes da relação. Nessas situações, dizem os autores, é difícil diferenciar comportamentos protetivos ou abusivos por aquele que cuida das finanças do idoso, além do que, essa pessoa costuma impor o seu poder, mesmo que indiretamente. Discutem ainda até que ponto o abuso não se dá pelo preconceito, quando se pensa que o idoso já não precisa dispor de seus recursos ou patrimônio.

Outro aspecto a se considerar como potencializador dos conflitos intergeracionais é quando os idosos necessitam de cuidados, pela fragilização decorrente do avançar dos anos ou pelo surgimento de alguma doença, gerando dificuldades para os netos, os filhos e os idosos. Os filhos precisam assumir cada vez mais a função antes exercida pelos pais e além do aumento de tarefas instrumentais, sentimentos profundos estão envolvidos nessa situação. Neri e Sommerhalder (2002) ponderam sobre o fato de que assim como o estresse evolui em etapas, o processo de cuidar também não é homogêneo nem linear: “Numerosos elementos afetivos e cognitivos mesclam-se com tarefas e papéis, criando uma verdadeira história do cuidado, que alterna preparação, aquisição e consolidação do papel, afastamento e luto.” (p.50)

O aspecto acima apresentado pelas autoras é relevante e induz a uma análise já que o estresse gerado no cuidador pela dependência crescente dos idosos é apontado como fator de risco para a violência e os cuidadores principais, como potenciais agressores (Krug et al., 2002; Torres, Sé & Queiroz, 2004; Coelho, Falcão, Campos & Vieira, 2006; Silveira, Caldas & Carneiro, 2006; Perez-Royo, Izal, Montorio & Penhale, 2009; Wang, Lin, Tseng & Chang, 2009; Cooper, Blanchard, Selwood, Walker & Livingston, 2010; Wigglesworth et. al., 2010). Nesse sentido estudos como o de Moraes et al. (2008) e de Gonzáles e Zinder (2009) indicam maior índice de ocorrência de violência física entre os idosos que apresentam mais patologias, perda de autonomia física ou cognitiva e que demandam mais cuidados.

Néri e Sommerhalder (2002) revisaram a bibliografia nacional e internacional sobre o impacto do cuidar sobre o bem-estar do cuidador familiar de idosos. Ressaltam que a maioria das pesquisas se direciona a cuidadores de idosos portadores de demências, os quais exigem muita atenção em termos de cuidados por apresentarem perdas das capacidades

físicas e cognitivas crescentes e irreversíveis. Entre os dados encontrados estão os efeitos negativos sobre a saúde física e mental do cuidador, refletidos em prevalência de doenças psiquiátricas, utilização maior do que o usual de drogas psicotrópicas, mais doenças somáticas, pior saúde percebida, isolamento social, estresse pessoal e familiar, e sentimentos de ter que cumprir uma obrigação pesada e cheia de tensão.

Porém, Minayo (2007) alerta que pesquisas recentes desmistificam a ideia de que o estresse do cuidador é um fator de risco para a violência e os cuidadores principais, prováveis agressores. Nesse contexto, Krug et al. (2002) discutem que, apesar do estresse do cuidador contribuir para a existência de maus-tratos, ele não é determinante. Explica-se essa afirmação, pois, a qualidade da relação prévia entre cuidador e idoso parece ser um indicador confiável e assinala que a falta de vínculos significativos ou “vínculos frouxos” desponta como causa mais frequente. Dar visibilidade às relações familiares envolvendo cuidados à pessoa idosa é um provável caminho para se evitar situações de violência e maus-tratos.

Pasinato et al. (2006) ao se referir ao assunto destacam a carência de programas governamentais direcionados ao amparo dos idosos que se tornam dependentes. Por esse motivo, a família assume a responsabilidade pelos cuidados apesar do déficit de informação e de capacitação para essas atividades. Frente a esse panorama, as famílias que cuidam ficam suscetíveis à pressão financeira, sobrecarga física e aumento do isolamento social do cuidador. Por isso, consideram urgente a implantação de serviços e programas que gerem suporte à família brasileira para cuidar dos idosos em seus lares. Entre os exemplos indicam a criação de instituições intermediárias de cuidado, como centros-dia ou programas intergeracionais, possíveis alternativas para conter a violência dentro da família e diminuir os índices de negligência e abandono.

Quanto às consequências da violência familiar nos idosos, elas se assemelham às implicações para as pessoas das demais idades, no entanto, potencializadas quando há maior fragilidade orgânica. Pesquisas sobre o tema registram aumento de co-morbidades, quadros de depressão e de estresse pós-traumático, sentimentos de desesperança, alienação, culpa, vergonha, medo, ansiedade, negação e o aumento de estresse nas relações interpessoais, aumentando o risco de morte como decorrência da violência familiar na velhice (Krug et al., 2002 ; Moraes et al. 2008; González & Zinder, 2009). Entretanto, os dados oferecidos pela literatura ainda são limitados.

A revisão realizada por Minayo et al. (2010) evidenciou o quanto ainda é irrelevante o número de trabalhos realizados tendo o idoso como interlocutor. Uma explicação plausível para justificar a significativa ausência da voz da pessoa idosa nas pesquisas é porque os estudos sobre esse assunto têm como objeto principal e preocupação o idoso fragilizado física e/ou cognitiva ou funcionalmente dependente. Ainda, pelo fato de os serviços de denúncia e acompanhamento de vítimas estarem em processo de estruturação no Brasil, dificultando o acesso a essa população, que nem sempre apresenta condições de participar de pesquisas.

Nas duas últimas décadas os pesquisadores como Vinton (1991); Mouton (2003); Montminy (2005); Straka e Montminy (2006); Payne (2008) chamaram a atenção que as diferentes formas de violência familiar contra crianças, mulheres e idosos são normalmente tratadas de maneira independente. Cada qual com seu corpo teórico e empírico de conhecimento, com o desenvolvimento e conquista de respostas sociais, legais e políticas, porém com diferentes paradigmas. Enquanto os estudos da violência contra a pessoa idosa se baseiam na fragilidade e suas consequências nas relações interpessoais, a violência familiar contra a mulher é pautada na questão de gênero e poder nas relações. De acordo com esses autores, a separação e falta de diálogo entre as áreas torna-se problemática particularmente quando as situações de violência atravessam mais de uma área, que é o caso da violência familiar sofrida por mulheres idosas. Minayo (2003) afirma que nos lares as mulheres idosas são proporcionalmente mais abusadas do que os homens e, além disso, a violência de gênero contra mulheres idosas é um fenômeno que ocorre nas famílias, todavia, pouco estudado e documentado.

Face ao exposto, convém refletir a respeito de alguns aspectos da violência de gênero que subsidiam a discussão das relações familiares das participantes desta pesquisa. A violência de gênero que ocorre na família se inclui no contexto da cultura patriarcal, uma vez que o principal agressor geralmente, se localiza na figura do homem, chefe de família ou seu substituto. Sobre o patriarcado Cantera (2007) discorre:

O patriarcado consiste em um modo de organização sócio-cultural no qual o domínio dos homens estrutura a totalidade das relações sociais que se estendem desde a família e a tribo até a

comunidade, a sociedade e o Estado e no qual a perspectiva de gênero domina o modo de perceber, de construir e de administrar a realidade social e determina uma precisa divisão de papéis “masculinos” e “femininos”. (p. 23)

De acordo com a autora, nesse sistema prepondera a assimetria e a desigualdade, devido à hierarquia implícita que ordena e disciplina verticalmente, sob a perspectiva do homem, que detém a primazia sobre a mulher e seus descendentes - eixo central da cultura patriarcal. Com base nessa crença determinam-se as regras do jogo da violência que são aceitas, toleradas ou até mesmo necessárias para a manutenção do sistema.

Nesse ponto de vista, os maus-tratos entre o casal fazem parte das estratégias de dominação da mulher pelo homem, personagem socialmente reconhecido e legitimado como o sexo forte, detentor do poder nas relações conjugais. O que guia e possibilita a naturalização dos maus-tratos no casal, segundo a autora, é a compreensão da violência como derivada das relações entre macho e fêmea. A noção de sexo atrelada a atributos biológicos associa a masculinidade à função macho caçador e a feminilidade, à função reprodutora, derivando assim, a divisão sexual do trabalho que confere aos homens as tarefas produtivas e às mulheres, as reprodutivas, dando maior poder aos homens.

A noção de masculinidade e feminilidade, considerada como traços psicológicos derivados de atributos biológicos foram questionados pelo discurso feminista. Introduziu-se a perspectiva de gênero a qual contribuiu para que a violência entre o casal fosse entendida não mais como algo natural, derivado da natureza sexual das relações entre macho e fêmea, mas como um processo histórico-cultural, perpetuado pelas estruturas de dominação do patriarcado. Ela indica que os atributos relacionados à masculinidade e à feminilidade são construções sócio-culturais transmitidas aos homens e as mulheres por meio do discurso hegemônico nas sociedades (Alberdi, 2005; Cantera, 2007).

Apesar do enfraquecimento do patriarcado enquanto ideologia, ele continua presente como um conjunto de práticas cotidianas que se mantêm, apesar da conquista da igualdade de direitos entre homens e mulheres, nas sociedades democráticas (Azevedo, 1985; Alberdi, 2005). Dessa forma, a mulher mergulha em uma realidade machista que serve como pano de

fundo e norteia as relações entre homens e mulheres. Alberdi (2005) destaca que a grande força da dominação masculina está no fato de que ela é reconhecida e admitida pelos dominados, o que se convencionou chamar violência simbólica.

Em consonância com o apresentado, Narvaz e Koller (2006) descrevem a posição de desvalia e assujeitamento que as mulheres ocupam na dinâmica familiar na medida em que tentam reproduzir o modelo de família patriarcal, monogâmica e burguesa, que valoriza a tradição e a subordinação, por meio de regras hierárquicas e de obediência da mulher em relação ao homem adulto. A família, dessa maneira, continua sendo o cenário de socialização das crianças sob a perspectiva da maior valorização do homem e do uso da força como um recurso para a resolução de conflitos. O assujeitamento das mulheres é reforçado ainda, por uma armadilha descrita por Alberdi (2005), na qual sua posição dentro da família debilita sua função no âmbito laboral e social. E, por essa inferiorização social e laboral, sua oposição na família se enfraquece.

Complementando essa problemática, Ravazzola (2005) descreve as mistificações construídas em torno do papel da mulher na família chamando a atenção para as renúncias e resignações que a idealização de suas funções encerram principalmente, a maternal, envolvendo o amor incondicional e a proteção, pela família se converter em lugar social inquestionável. Parente et al. (2009) entrevistaram mulheres vítimas de violência doméstica e localizaram em suas narrativas a vergonha da estigmatização como mulheres separadas, medo da reprovação social e intenso sofrimento por perceberem o desmoronamento de suas ilusões acerca da proteção e segurança que esperavam encontrar no casamento. Esses fatores as impediram de buscar ajuda logo nas primeiras ocorrências de violência e sustentaram a manutenção da crença de que o relacionamento iria melhorar com o tempo. Outros motivos para que as mulheres permaneçam em relações violentas são apresentados em estudos da área: história familiar de agressão e sua repetição na relação atual; medo de sofrer agressões ainda maiores; idealização do parceiro e a relação conjugal; desejo de proteção, dependência e estabilidade no casamento; crença na mudança de atitude do companheiro e na incapacidade de viver sem ele; desvalorização dos comportamentos agressivos e supervalorização de outras qualidades; e falta de apoio da família e da rede social (Fuster, 2002; Ravazzola, 2005; Casique & Furegato, 2006; Narvaz & Koller, 2006; L.L. Silva et al., 2007; Parente et al., 2009).

O entrelaçamento desses fatores tem como consequência a atitude passiva das mulheres na busca por ajuda ou na denúncia de maus-tratos no começo do conflito. Pelo contrário, é comum aguardar até uma situação limite. Esta se caracteriza pelo aumento da intensidade das agressões a ponto de a mulher temer por sua integridade física, ou pelo longo tempo de sua ocorrência (Santos, 2009; Parente et al., 2009).

Além dos fatores apresentados, Santos (2009) também destaca a presença de estressores horizontais no ciclo de vida familiar nas narrativas das participantes de sua pesquisa. Entre eles aparecem: a agressão do marido e do filho; abuso de álcool pelos companheiros e drogas pelos filhos; mortes prematuras; prisão de um filho e nora. A presença desses estressores aumenta a ansiedade nas relações familiares dificultando o enfrentamento da violência.

Ao procurar ajuda para enfrentar a violência as mulheres nem sempre recebem o apoio necessário. Santos (2009) descreve como algumas mulheres foram beneficiadas pelo atendimento prestado em instituições de proteção às vítimas de violência pela ação firme e, ao mesmo tempo, humanizada dos profissionais, mas também relatou que isso nem sempre ocorre. Algumas mulheres desse estudo sentiram-se discriminadas e desqualificadas nas entrevistas, alguns profissionais foram negligentes ao não orientá-las corretamente sobre os procedimentos legais e redes de suporte social e ao não considerarem seus medos e ansiedades. Essa conduta evidenciou o despreparo desses profissionais que geraram outra forma de violência, a institucional, revitimizando as vítimas. Esse posicionamento é corroborado por outros estudos da área: Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006); Villela e Lago (2007); Parente et al. (2009).

As mulheres, vítimas de violência, herdaram um grande leque de consequências desde as sequelas físicas (fraturas, hematomas); psicológicas (depressão, ansiedade, tentativa de suicídio), familiares (brigas, afastamento, discussões) e sociais (afastamento dos amigos, afastamento de eventos sociais, perda ou abandono de emprego). (Narvaz & Koller, 2006; L. L. Silva et al., 2007; Jong, Sadal & Tanaka, 2008; Ravazzola, 2005; Santos, 2009).

Gradativamente, os pesquisadores se debruçaram sobre a relação entre violência de gênero na velhice. Entre eles, Zink, Regan, Jacobson e Pabst (2003) pesquisaram os motivos porque mulheres idosas permaneciam em relacionamentos violentos e apontaram causas coincidentes com o das mulheres mais jovens. Citam que elas viviam em uma época quando

questões de gênero e violência não eram discutidos nas instituições e na sociedade o que resultava em falta de apoio externo. Também detectaram fatores relacionados à idade, como ela ou o marido se encontrarem funcionalmente dependentes e o medo da solidão.

Straka e Montminy (2006) revisaram a literatura sobre o tema e levantaram motivos que complementam os citados pelos autores anteriores. Primeiro, as mulheres idosas em geral, foram educadas para atitudes e valores mais tradicionais, particularmente referentes aos papéis de gênero, casamento e família. Segundo, as barreiras financeiras são mais intensas nas mulheres de mais idade, principalmente, se não trabalham fora do lar devido a preconceitos quanto à idade, existentes no mercado de trabalho. Terceiro, são mais suscetíveis a problemas de saúde e a dependência de terceiros nessa situação, torna-se mais difícil. Por fim, o período prolongado de exposição à violência leva à descrença na possibilidade de mudança, ou de encontrar razões para viver nessas condições.

Band-Winterstein e Eisikovits (2009) apóiam esse posicionamento e estudaram casais idosos com história de violência conjugal ao longo da vida. A pesquisa evidenciou que as mulheres tinham esperança de que com o tempo, a violência desapareceria. Contudo, os homens mantiveram a hegemonia no relacionamento e mesmo após as mudanças na estrutura da família, a interação violenta não cessou, apenas diminuiu em frequência.

O estudo de Mears (2003) é relevante para análise das implicações da violência familiar para idosas ao mostrar que as pessoas que sofreram violências em etapas anteriores da vida e conseguiram romper com o agressor, continuaram sofrendo com as lembranças dos eventos na velhice, e referiram que os efeitos da violência duram para sempre. Essa investigação, realizada com mulheres idosas vítimas de violência doméstica, aponta que a maioria omitiu seu histórico de violência. Portanto, o autor sugere que tenham acesso a profissionais da saúde para encontrar espaço e ressignificar a experiência de vida. A opinião se coaduna com a de Montminy (2005) que evidencia a importância de intervenções que discutam a questão da responsabilidade pela violência na relação, uma vez que as mulheres tendem a assumir a culpa, que dialoguem e reflitam sobre os papéis associados aos gêneros e que promovam o empoderamento dessas mulheres, por meio do desenvolvimento de competências pessoais.

3.5 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E VULNERABILIDADE

Diante da complexidade e dos desafios que a violência familiar contra o idoso impõe àqueles que a vivenciam, seja no ambiente familiar, seja no profissional, é que os estudos a respeito das estratégias de enfrentamento contribuem para a compreensão e discussão do problema. A Psicologia Social, Clínica e da Personalidade empregam o conceito de coping para descrever o conjunto de estratégias utilizadas por uma pessoa para se adaptar a circunstâncias adversas e em português, o termo foi traduzido como enfrentamento.

A revisão do conceito realizada por Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998), destacam três gerações de pesquisadores que trabalharam no desenvolvimento dessa nomenclatura. A primeira, vinculada à Psicologia do Ego, o compreendia enquanto mecanismo de defesa. A segunda geração dedicou-se à busca dos determinantes cognitivos e comportamentais do enfrentamento, conceitualizado como processo transacional entre pessoa e ambiente e a terceira, destinou o estudo à convergência entre enfrentamento e traços de personalidade.

Entre os pesquisadores do assunto, destacam-se Folkman e Lazarus (1984) que propuseram, a partir de uma perspectiva cognitivista, um modelo que divide o enfrentamento em duas categorias funcionais: focalizado no problema e na emoção. Os autores definem estratégias de enfrentamento como: “the person constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the person’s resources” (p. 993). O modelo proposto por esses autores é considerado o mais completo na atualidade, portanto, será descrito por se entender que auxilia na discussão e análise do enfrentamento da violência familiar pelos idosos.

As estratégias de enfrentamento focalizadas no problema descrevem os esforços para atuar na situação de origem ao estresse e assim, tentar alterá-la. Quando direcionada para uma fonte externa envolve estratégias como pedir ajuda ou negociar um conflito. Essa estratégia também pode ser interna, um exemplo é a redefinição da situação estressora. As estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção abarcam esforços para regular o estado emocional associado ou resultante de uma fonte de estresse. Relacionam-se a um nível somático ou de sentimentos para alterar o estado

emocional do indivíduo, como por exemplo, fumar, comer, desabafar com um amigo (Lazarus, Folkman, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Nesse modelo, quatro pressupostos são fundamentais: a) é um processo ou interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; b) sua função é administrar a situação estressora, ao invés de controlá-la ou dominá-la; c) os processos de enfrentamento pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; e d) constitui-se em uma mobilização de esforços, através da qual os indivíduos empreenderão esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas internas e externas que surgem da sua interação com o ambiente (Antoniazzi et al., 1998).

As discussões em torno do conceito esclarecem que enfrentamento é um mediador entre um estressor e seu resultado, o que o diferencia das respostas ao estresse, compreendidas como não intencionais e sem objetivo. Portanto, as estratégias de enfrentamento envolvem as intenções do indivíduo em lidar com os efeitos do estresse, independente das respostas positivas ou negativas a esses fatores. Nesse sentido, qualquer tentativa de administrar um estressor é enfrentamento, seja a estratégia utilizada eficaz ou não (Antoniazzi et al., 1998).

Ao se deparar com um estressor a pessoa inicialmente, avalia o risco envolvido e os recursos que dispõe para o enfrentamento. Geralmente, quando utiliza estratégia focalizada no problema é porque a situação foi avaliada como modificável. Contudo, quando a pessoa avalia que não é possível mudar no momento, sua tendência é empregar estratégias focadas na emoção. Cabe ressaltar que o enfrentamento é um processo e ambas as estratégias são utilizáveis no seu percurso, assim como podem variar de acordo com a situação, o que torna difícil prever qual será empregada numa determinada situação.

Beresford (1994) apontou ainda, que os recursos de enfrentamento estão diretamente ligados a redução da vulnerabilidade da pessoa aos efeitos do estresse, uma vez que quanto mais estratégias de enfrentamento uma pessoa possui, menos está vulnerável a situações estressoras.

O modelo teórico proposto por Lazarus e Folkman é bastante útil para entender como o indivíduo se posiciona diante de um problema ou fonte de estresse. No entanto, a perspectiva da complexidade adotada nesta pesquisa propõe que o foco de análise se amplie para o contexto. Dessa maneira, interessa-se em analisar como a pessoa se posiciona e quais as

estratégias de enfrentamento que utiliza diante de situações de violência. Também é relevante saber como a relação com os demais elementos de sua rede social e contexto em que se insere, promovem a utilização das diferentes estratégias, sustentando a continuidade ou rompendo a sequência de violências sofridas.

Nesse ponto de vista, se adota o conceito de vulnerabilidade que “implica fragilidad, una situación de amenaza o posibilidad de sufrir daño” (Feito, 2007, p. 9). Esse conceito provém dos direitos humanos e foi introduzido na área da saúde nos anos de 1980 a partir de estudos realizados sobre a epidemia da Sida/AIDS no Brasil. Embora seja empregado sob diversas perspectivas, o que alcançou maior consenso é o modelo teórico proposto por Ayres, França Júnior, Calazans e Salletti (1999).

Nesse padrão, consideram-se três planos interdependentes de determinação: primeiro, a vulnerabilidade individual, relacionada ao comportamento pessoal, grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; segundo, a vulnerabilidade social, relacionada às influências do contexto social onde a pessoa se insere e que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais e o poder de participar de decisões políticas e em instituições. Por fim, a vulnerabilidade programática, que considera os programas de atendimento à saúde ou as políticas públicas para combater determinado agravo à saúde, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (Ayres et al., 1999).

A partir dessa reflexão, não basta visualizar como a pessoa se comporta diante do problema, mas, a relação de seu comportamento com outras variáveis como profissão, nível sócio-econômico, condições do local onde reside, acesso aos serviços de saúde, educação, comunitários, entre outros. Pensar em vulnerabilidade a partir desse modelo permite ir além da determinação individual uma vez que, como Sánchez e Bertolozzi (2007) expõem:

(...) deve levar em conta a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado. Ao propor outras perspectivas de abordagem, como a

programática e a social, permite a integralização da análise da situação de saúde e de diferentes possibilidades de intervenção, sempre contemplando a participação dos indivíduos. (p. 320)

Dessa forma, agir sobre os fatores que aumentam a vulnerabilidade potencializa a capacidade de enfrentamento das pessoas. No entanto, ao analisar a origem dos problemas de saúde em sua complexidade, as saídas possíveis extrapolam as propostas individualizantes. Portanto, seguindo o raciocínio dos autores supracitados, trabalhar nessa perspectiva significa desenvolver respostas sociais aos agravos e viabilizar a participação ativa da população na procura solidária de estratégias e encaminhamentos aos problemas e necessidades em saúde.

3.6 A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA O IDOSO NA PERSPECTIVA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As políticas públicas de um país evidenciam a maneira como a sociedade organiza o seu modo de viver e propõe ações coletivas para combater os problemas existentes em sua população, garantindo os direitos sociais aos cidadãos e transformando o que antes era de âmbito privado em ações coletivas no espaço público. Sendo assim, as políticas públicas configuram orientações para a tomada de decisão em assuntos considerados relevantes por uma sociedade.

As políticas públicas voltadas para a questão da violência familiar contra o idoso constam na Constituição Federal do Brasil (1988) quando cita, nos artigos 229 e 230, os deveres da família:

Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (Art. 229).

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (Artigo 230).

Essas políticas públicas brasileiras têm seu marco inicial com a Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8842), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996. É um marco para assegurar os direitos sociais, criar condições para promoção de autonomia, integração e participação do idoso na sociedade e reafirmar seu direito à saúde. Já a Portaria 1395 de 1999, traça caminhos para a viabilização da Política Nacional do Idoso, com diretrizes destinadas à promoção do envelhecimento saudável, à manutenção e à melhoria da capacidade funcional dos idosos. Inclui igualmente a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles com capacidade funcional restringida. Essas diretrizes objetivam a garantia ampla à saúde dos idosos, para manter a sua convivência social e familiar e o exercício da independência e de suas funções na sociedade. Nessa portaria se faz menção direta à importância de os profissionais da saúde detectar a possibilidade de maus-tratos por parte de familiares, cuidadores ou dos próprios profissionais.

O Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741), promulgado em outubro de 2003 e regulamentado em julho de 2004 foi outro passo importante para dar visibilidade a essa parte da população e traçar caminhos iniciais para a garantia de seus direitos. Mesmo se levando em conta que qualquer violação de direito é uma forma de violência e que o não cumprimento de qualquer parte do Estatuto pode ser assim considerado, alguns artigos são mais específicos quanto ao assunto, especialmente o Artigo 4º: “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.”

O Estatuto cita que a dignidade do idoso é dever de todos (Art.10º. § 3º.) e que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos deverão ser obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a qualquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público (MP), Conselho

Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso, Conselho Nacional do Idoso (Art. 19º). Indica as linhas de ação da política de atendimento composta de serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas e serviços de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência (Art. 47º). Ainda recomenda o MP como entidade responsável por providências cabíveis diante de situação de abandono moral ou material pelos familiares (Art. 50º).

Dessa maneira, as propostas para se combater a violência contra os idosos envolvem uma transversalidade das ações, por incluir diversos setores da sociedade. Entre os segmentos sociais, o da saúde recebe especial destaque. Devido à forma de organização dos serviços de saúde no Brasil, os profissionais desse setor têm acesso privilegiado à população contribuindo para a detecção e acompanhamento dos casos de violência familiar contra o idoso. Portanto, é relevante nesse momento, traçar algumas considerações sobre o SUS e a proposta de atenção primária à saúde.

Com a finalidade de promover e atender às demandas de saúde em âmbito nacional, essa área no Brasil, foi amplamente reformulada em 1990, quando a Lei 8.080 reestruturou o SUS. As diretrizes do SUS preveem a universalidade, equidade e integralidade de acesso à saúde, participação da comunidade nas políticas públicas, direito de acesso às informações e preservação da autonomia dos usuários, como também, a coordenação de forma descentralizada e regionalizada de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente (Lei 8.080, de 1990).

A atenção primária em saúde é uma estratégia do SUS, ou antes, uma forma de organização dos serviços sob a perspectiva da população. De acordo com Tavares (2004) define-se como:

O cuidado dispensado por profissionais de saúde, a partir de um primeiro contato, de forma integral e continuada, a pessoas saudáveis ou doentes, com um sinal ou sintoma não diagnosticado (o paciente indiferenciado) ou com um problema de saúde não limitado pela sua origem (biológica, comportamental ou social), pelo sistema orgânico afetado, pela idade ou pelo gênero. (p.101)

Da maneira como o serviço se organiza, caracteriza-se como a porta de entrada ao sistema público de saúde e por isso, deve garantir à população facilidade de acesso, tanto em termos geográficos como sócio-organizacionais. Esses itens se referem ao horário de funcionamento, facilidade de atendimento e marcação de consultas, acessibilidade a portadores de deficiências físicas e idosos, tempo médio gasto na espera, ausência de dificuldade na linguagem, disponibilidade para consultas domiciliares, entre outros (Takeda, 2004). Entre as características do serviço destacam-se a assistência longitudinal a uma população adscrita à determinada região e a integralidade na atenção à saúde.

Marchi (2005) ressalta que a integralidade consiste na procura de uma visão abrangente do sujeito das ações de saúde, ideia oposta ao reducionismo, que inclui a abertura para o diálogo e considera as necessidades subjetivas e objetivas dos atores envolvidos no processo de geração de saúde. A integralidade possibilita à equipe lidar com os problemas de saúde da população, oferecendo serviços aos problemas mais comuns ou encaminhando a população para receber os serviços que não são de competência do setor. Nesse sentido, cabe aos profissionais da atenção primária orientar, tratar, encaminhar e dar apoio ao indivíduo e sua família nas diversas necessidades de saúde (Takeda, 2004).

Para que haja integralidade nas ações de saúde é necessário que os profissionais desenvolvam atitude de acolhimento aos usuários. Acolhimento, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde (2006), se refere a uma postura ética que implica compartilhamento de saberes e uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Inclui o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; possibilita a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; e, constrói coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

As US organizam medidas para alcançar as necessidades de saúde da população. São igualmente responsáveis pelas visitas domiciliares, em setores da comunidade (creches, igrejas, associação de bairros) e articulações intersetoriais. A intersetorialidade compreende a participação de diferentes setores da sociedade na união de esforços de uma maneira articulada visando a resolução do problema, já que saúde é resultante de

múltiplas políticas sociais de promoção e qualidade de vida. Dessa forma, a intersetorialidade como prática de gestão em saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção de saúde através de formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Essa expectativa leva em consideração o indivíduo em sua totalidade e busca soluções atreladas à ideia de rede.

As práticas desenvolvidas pelos profissionais nesse contexto são orientadas pelas políticas públicas adotadas no país e no que diz respeito à atuação junto à população idosa. Na atualidade, são orientadas pelo Pacto da Saúde (Portaria 399, de 2006b). Esse documento é composto de três dimensões: a) Pacto pelo SUS; b) Pacto pela Vida; c) Pacto pela Gestão. O Pacto pela Vida estabelece seis áreas prioritárias de atuação, entre as quais, consta a saúde da população idosa e pela primeira vez, aparece como prioridade das três esferas de governo (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

O Pacto destaca ações estratégicas para que essa prioridade se efetive:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
- A implantação de serviços de atenção domiciliar.
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco.
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
- Fortalecimento da participação social.
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em outubro de 2006, a Portaria 2528 aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tomando como base a publicação do Pacto pela Saúde. Essa portaria considera que a promoção do envelhecimento ativo, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é a meta de toda ação de saúde. Também avalia os idosos como agentes das ações a eles direcionadas; afirma a necessidade de assegurar seus direitos; valoriza a vida em comunidade e identifica o potencial dos idosos para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. Entre as diretrizes para promover o envelhecimento ativo encontra-se a determinação de “realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas”. (p.7)

A procura de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deve seguir dois eixos norteadores: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema da saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

Violência é outro eixo central de políticas públicas nacionais e o documento Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Ministério da Saúde, 2001), explicita diretrizes para a orientação ou definição dos instrumentos operacionais para a sua implantação, como segue:

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.
- Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências.
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar.
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências.
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.
- Capacitação de recursos humanos.
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Mais específico, o Plano de Ação de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (Presidência da República, 2005) foi editado com o objetivo de promover ações para o cumprimento do Estatuto do Idoso (Ministério da Justiça, 2003). Também para tratar do enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra esse grupo.

Estabeleceu-se o período de dois anos para a execução desse plano, com aperfeiçoamento e ampliação posteriores. As suas diretrizes são: aplicar plenamente o Estatuto do Idoso; garantir o protagonismo do idoso como proponente, participante, monitorador e avaliador das diversas instâncias; realizar as ações do plano em um processo de descentralização e pacto federativo e de intersetorialidade; acompanhá-lo e avaliá-lo desde o início de sua implantação, para que o seu monitoramento garanta a factibilidade das propostas, correção de rumos e sua continuidade. Fundamentadas no diagnóstico situacional, as prioridades de ação estão descritas por quatro categorias de espaço socioambiental e cultural: cultural coletivo; público; familiar e institucional.

O governo, por meio do Ministério da Saúde, editou materiais que guiam tanto os profissionais da saúde como a população em geral no sentido de programar as políticas públicas de atenção à saúde do idoso e da abordagem da violência familiar. Entre eles, consta a série Cadernos de Atenção Básica, o n°. 08, intitulado “Violência Intrafamiliar – Orientações para a Prática em Serviço” (Ministério da Saúde, 2002). Por meio dessa edição, o Ministério da Saúde tem como objetivo específico orientar os profissionais nas ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da violência e a intenção de orientar ações que promovam a igualdade e o exercício dos direitos humanos.

Essa publicação aborda a violência familiar segundo o gênero e os ciclos de vida e contra as pessoas portadoras de deficiência. O propósito ainda mais abrangente dessas edições é o estreitamento das relações entre as instituições atuantes nas áreas da saúde, segurança, justiça, educação, defesa dos direitos humanos e movimentos sociais. O caderno de n°. 19, “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” (Ministério da Saúde, 2007), oferece alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa para facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na atenção básica.

Outra série de publicações, em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Departamento de Análise de Situação de Saúde, disponibilizou o material Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros (Ministério da Saúde, 2005a). Ele sistematiza as informações contidas em banco de dados nacionais e reflete sobre o contexto em que as diferentes violências se desenvolvem. Analisa os determinantes sociais em grupos populacionais e identifica os fatores de risco que podem auxiliar na definição de medidas preventivas e na atuação dos gestores. A violência é

evidenciada como um problema de saúde pública, embora não específico da área da Saúde, uma vez que é resultado de uma complexa interação de diversos fatores. A partir desse posicionamento, aponta para a necessidade de uma abordagem interdisciplinar com a afluência de diversos setores da sociedade e do Estado.

3.7 PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA O IDOSO

Os profissionais que atuam nas US são de fundamental importância para garantir o acesso à saúde integral aos idosos, por meio do acolhimento e encaminhamento de suas principais necessidades. Mas, para que a proposta do SUS de atenção à saúde se efetive, é necessária a qualificação dos profissionais para que compreendam o processo de envelhecimento em sua complexidade.

Algumas pesquisas assinalam para as dificuldades nesse sentido. Bezerra, Espírito-Santo e Batista Filho (2005) pesquisaram a representação do trabalho com idosos para agentes comunitários e indicaram uma considerável parcela de profissionais que associam a velhice à presença de enfermidades, dependência física e emocional. Enfatizam o aspecto cronológico do envelhecimento e os cuidados oferecidos, principalmente, para a saúde física e a oferta de atenção e respeito, pois, a falta de atenção, solidão e isolamento na família constituem as queixas mais frequentes.

A pesquisa de Comerlato, Guimarães e Alves (2007), com profissionais de saúde de diferentes formações, apontou representações organicistas/mecanicistas do envelhecer, ligado à perda do vigor físico e da capacidade para o trabalho, que os autores consideram associados ao mito da improdutividade na velhice. O bem-estar nessa fase da vida se relaciona à dependência da família e ambiente social, indicando uma visão negativa de dependência e exclusão.

Nesse sentido, Fonseca, Trentini, Valli e Silva (2008), pesquisaram a representação do envelhecimento entre agentes comunitários de saúde e enfermeiros. Os resultados expuseram a presença marcante de ideias associadas à inatividade ou passividade e, em conformidade com o primeiro estudo citado, o bem-estar foi associado à rede de apoio familiar, boa saúde

física e bom atendimento médico, com ênfase nos aspectos biológicos do cuidado.

Como conclusão, os autores dos três estudos consideraram a necessidade de consistente investimento na qualificação dos profissionais, uma vez que há indícios de que o conhecimento sobre o processo de envelhecimento está ancorado no senso comum. A falta de preparo dos profissionais pelas academias também é apontado como uma das causas para essa realidade (Motta & Aguiar, 2008; Souza, Ribeiro, Peixoto, Souza, & Marques, 2008). Entretanto, gradativamente, novas alternativas para o preenchimento dessa lacuna na formação vão despontando, como a proposta de treinamentos interdisciplinares da UNATI/UERJ (Motta, Caldas & Assis, 2008).

Apesar do imperativo de não generalizar as considerações até aqui traçadas em relação a todos os profissionais que atuam junto à população idosa, cabe ressaltar que uma das implicações para a prática profissional, quando os significados do processo de envelhecimento estão ancorados na concepção de declínio, dependência e fragilidade, é a manutenção da visão organicista do desenvolvimento e do modelo biomédico de saúde, pautado em ações programáticas e procedimentos voltados para a saúde do corpo. Essa visão é oposta a que se desenvolve sob o olhar da complexidade, que considera o envelhecimento como um processo multideterminado e os idosos, um grupo de características heterogêneas. Da mesma forma, a manutenção do modelo biomédico dificulta sobremaneira, a abordagem da violência familiar.

Como a literatura sobre a abordagem profissional de situações envolvendo violência familiar contra o idoso é ainda incipiente, utilizar-se-á neste trabalho, um enfoque amplo de dados relativos à violência familiar, por se considerar que essas questões não sejam totalmente diferenciadas por faixa etária.

Anteriormente, autores apontaram a capacitação profissional como requisito para lidar com o processo de envelhecimento. Esse aspecto é também amplamente ressaltado quando se trata da abordagem da violência pelos profissionais de saúde (Souza et al., 2008; Abbey, 2009; Halphen et al. 2009; Hanada et al., 2010). Além disso, a ênfase excessiva dada à formação biomédica impõe inúmeras barreiras aos profissionais, uma delas, é o desconforto frente ao tema, (Halphen et al., 2009; Hanada et al., 2010). Essa situação induz o profissional a não efetivar o acolhimento ao usuário, a não considerar o rastreamento da violência como parte de sua conduta

profissional e quando ela “aparece” não é entendida e enfrentada como sendo de sua competência (Bonfim, Lopes & Peretto, 2010), pois, nesse modelo as práticas profissionais ocorrem de forma isolada, sem ou com pouca troca entre os profissionais. Provavelmente, apenas os casos mais evidentes envolvendo maus tratos físicos sejam detectados, já que a dificuldade em definir o que é uma situação de violência (Krueger & Patterson, 1997; Killick & Taylor, 2009) aparece quando, o profissional assume a postura de detentor do saber e aquele que precisa dar todas as respostas para os problemas de saúde dos usuários, desconsiderando a intersubjetividade do processo.

Mesmo quando o profissional identifica a situação, a pessoa que sofre a violência pode recusar o atendimento profissional; ocultar o fato ou negar o ocorrido, impondo barreiras ainda mais difíceis para transpor (Krueger & Patterson, 1997; González & Zinder, 2009; Killick & Taylor, 2009). Quando se trata do idoso, além de atentar para os indícios de violência, o profissional também precisa considerar as razões que os induzem a não revelar o ato agressivo, conforme apontado anteriormente neste trabalho, pois, geralmente, envolvem sentimentos profundos de medo e vergonha por motivos diversos.

A tarefa dos profissionais junto aos usuários é bastante complexa porque, além de acolher e detectar, precisam acompanhar aos casos. Porém, na maioria dos serviços de saúde encontram-se organizações rigidamente hierarquizadas que não proporcionam trocas entre os profissionais ou inexistente uma equipe multiprofissional. Consequentemente observa-se o predomínio da responsabilização do médico, a falta de diretrizes técnicas para a abordagem e encaminhamento dos casos e muitas vezes, pouca eficácia, observada pelos profissionais, quanto à resolução dos encaminhamentos. (Braz & Cardoso, 2000; Lettiere, Nakano & Rodrigues, 2008; Andrade & Fonseca, 2008; Lacman, Ghirardi, Castro & Tuarek, 2009).

Hanada et al. (2010) argumentam que grande parte dos profissionais não reconhece a violência de gênero na prática assistencial diária e essa invisibilidade ocorre devido à medicalização dos sintomas, ou seja, ao não considerar os aspectos sociais, reduzem a abordagem para o tratamento de sintomas e lesões e medicação psiquiátrica para amenizar o sofrimento.

Por causa desse panorama, aponta-se a falta de preparo para lidar com situações de violência familiar como fator associado ao sentimento de impotência, que surge quando o profissional se depara com a questão e não

se sente suficientemente capacitado para abordá-la. Além desse sentimento, dados de pesquisas indicam o medo do profissional pela perda de controle da situação, de ser invasivo e ofensivo, de cometer injustiça com a pessoa atendida, caso a suspeita não se confirme e o temor da exposição, correndo riscos de represálias do agressor (Braz & Cardoso, 2000; Oliveira & Fonseca, 2007; Lettiere et al., 2008; Andrade & Fonseca, 2008).

Outro impasse é a dificuldade de estabelecer fronteiras entre o profissional e o pessoal, porque lidar com casos de violência geralmente, exigem que o profissional reflita sobre os seus valores e seu trabalho, adequando suas intervenções e postura profissionais (Hanada et al., 2010). As consequências podem ser o desenvolvimento de desordens psicossomáticas, sensação de desconfiança, desânimo, perda de sentido no trabalho, rebaixamento da auto-estima, entre outros que repercutem tanto na vida laboral quanto na pessoal (Lacman et al., 2009).

Barcellos (2006) estudou aspectos da inserção profissional em programas de proteção a vítimas de violência. Apontou para a incompletude no processo de atendimento às famílias pelo olhar tradicionalmente voltado para o indivíduo e que não leva em conta o “contexto em que a violência é fomentada” (p. 114) pela ausência de uma visão sistêmica da família. Essa constatação, apesar de focada no psicólogo, é estendível as demais profissões. A autora alude também à incompletude no trabalho de equipe e na relação institucional, por carência de uma visão sociopolítica e crítica em relação à temática da violência. Chama a atenção para a necessidade de ressignificar a intersetorialidade e buscar formas de agilizar as redes de suporte institucional para viabilizar o trabalho com as famílias.

Outros pesquisadores confirmam esse aspecto e consideram que a dificuldade em todo o processo está na sua complexidade, já que não depende apenas da discussão da temática no cotidiano dos serviços de saúde, em capacitação profissional e interdisciplinaridade, senão do estabelecimento de parcerias com outros serviços, ou seja, da intersetorialidade (Oliveira & Fonseca, 2007; FlorÊNCIAO, Ferreira F.^a & Sá, 2007; Lettiere et al., 2008; Souza et al., 2008; Yaffe, Wolfson & Lithwick, 2009).

Hanada et al. (2010) ao analisar os serviços de assistência à mulher vítima de violência, enfatizam a necessidade de construção de um projeto assistencial comum nos serviços e nas redes de apoio, como forma de transpor as ações profissionais individuais e focadas no biológico, que resultam ineficazes. Ponderam que no Brasil, os protocolos e normatizações

ainda são recentes e não estão disseminados entre os profissionais que atuam na rede assistencial. Convém lembrar que a violência de gênero precede a violência contra o idoso em termos de políticas públicas e organização de serviços e medidas assistências, logo, deduz-se que as dificuldades em torno desta última sejam ainda maiores.

O profissional de saúde enquanto pessoa inserida na trama complexa da sociedade, tanto influencia como sofre as influências dos sistemas de que participa, seja direta ou indiretamente e está sujeito a diversas formas de violência, assim como pode reproduzir violências no seu agir profissional. A discussão em torno da falta de preparo da temática violência devido à escassez de oportunidade para discutir o tema, tanto na academia como na prática profissional, traz outro agravante: a possibilidade de muitos profissionais reproduzirem os significados populares sobre a violência familiar e consequentemente, contribuir para manter o problema, permitindo a sua perpetuação.

Fuster (2002) ressalta que as pessoas em geral, inclusive profissionais de saúde, assumem o caráter privado da violência, achando que ela pode ser considerada “normal” em algumas relações familiares como também, o receptor pode ser visto como merecedor ou culpado da violência sofrida. Argumento que confirma o de Braz e Cardoso (2000) quando asseveram que a responsabilidade profissional está ligada aos valores éticos da sociedade em que os agredidos estão inseridos. Nesse contexto, o profissional faz uma leitura a partir do próprio desenvolvimento e história de vida, favorecendo que situações de violência permaneçam na invisibilidade.

Com base no exposto, cabe o argumento de Costa, Penso e Almeida (2008) de que o profissional deve apropriar-se de novos conhecimentos e técnicas, mas primeiramente, precisa ter clareza de suas crenças e valores, de sua conduta ética e refletir sobre o tema violência questionando-se acerca de sua tolerância para atuar em tais situações.

Moré e Cantera (2010) refletem sobre os pressupostos epistemológicos que devem orientar os profissionais em casos de violência familiar, permeando suas crenças conhecimentos, postura e ações. A fim de expor suas ideias de maneira didática, elencam os principais pressupostos, ancorados no pensamento sistêmico e com base nas produções científicas brasileiras e internacionais:

1. Acreditar na família, seja qual for sua configuração, como a principal fonte de recursos para a mudança diante de um problema;

2. Acreditar na importância das redes significativas e de apoio da família e nos recursos comunitários enquanto redes efetivas que podem gerar mudanças.
3. Acreditar que a escuta profissional e a informação fazem diferença na prevenção da violência.
4. Compreender que um saber isolado não cobre a compreensão do fenômeno violência como um todo.
5. Compreender que todo saber a ser comunicado, precisa necessariamente ser ancorado e co-construído à luz dos contextos socioculturais nos quais a família está inserida.

Por outro lado, os profissionais de saúde também podem estar vulneráveis em seu contexto de trabalho, enfrentando toda sorte de dificuldades. A violência sofrida pelos profissionais da saúde vai além do propósito da presente pesquisa, mas não se pode deixar de mencionar que esses trabalhadores estão sujeitos à violência estrutural, em relação às políticas públicas de saúde do país, que determinam o funcionamento do sistema de saúde, no qual os profissionais exercem suas atividades. Igualmente, são vulneráveis à violência interpessoal, entre colegas ou usuários aos quais prestam atendimento.

Marziale (2004) alerta para a vulnerabilidade dos profissionais de saúde quanto à ocorrência de violência no local de trabalho. A autora cita investigações realizadas que constataram que cerca de 25% dos acidentes violentos no trabalho ocorrem no setor saúde; mais de 50% dos trabalhadores da área já experimentou incidentes dessa natureza; a violência sofrida por eles ultrapassa as agressões e as ofensas individuais. Situação que, além do sequela para a saúde do profissional coloca em perigo a qualidade da assistência prestada, a produtividade e o desenvolvimento da pessoa e do trabalho.

O caminho percorrido no capítulo de revisão da literatura, assinalando os pressupostos epistemológicos adotados e as temáticas transversais à questão da violência familiar contra o idoso e sua abordagem no contexto da atenção primária em saúde, abordou a multidimensionalidade do tema versado a fim de proporcionar os aportes teóricos necessários para sustentar a discussão dos resultados da presente pesquisa.

4. MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Os aspectos metodológicos desta pesquisa foram guiados pelo pressuposto de que o conhecimento é resultado de um processo infinito de construção de significados em torno dos aspectos sensíveis da realidade, possível pelas inter-relações estabelecidas entre pesquisador e pesquisado.

Em consonância com Rey (2005) compreende-se o caráter construtivo interpretativo do conhecimento, o que implica um processo de produção de conhecimento e não uma mera apropriação da realidade. Nesse sentido, o conhecimento resultante é entendido como uma produção humana que não esgota a questão estudada. Contudo, visa encontrar um sentido para o que é sensível ao pesquisador a fim de gerar modelos de inteligibilidade sobre o que é estudado e possibilitar aproximações mais efetivas ao fenômeno.

Por ser um estudo que objetiva levantar opiniões, atitudes e crenças a respeito da violência familiar contra o idoso, torna-se necessário ampliar a familiaridade em relação ao tema e a partir daí, propor novas ideias que contribuam para um novo olhar ao problema. De acordo com a concepção de Gil (1991), caracteriza-se como um estudo descritivo exploratório de cunho qualitativo. Entretanto, coaduna-se com Flick (2009) quando afirma que a pesquisa qualitativa é de grande relevância ao estudo das relações sociais ao buscar os significados subjetivos das experiências e das práticas cotidianas.

A escolha metodológica se justifica pela estreita relação entre as especificidades do contexto de pesquisa e os objetivos almejados, pois, para viabilizar o diálogo com idosos e profissionais de saúde sobre suas experiências acerca da violência familiar, foi necessário ao pesquisador aproximar-se do campo onde se deu o encontro entre os protagonistas.

O espaço físico de uma US congrega uma infinidade de interações humanas através das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais, usuários que buscam o local para aplacar sua dor e sofrimento, assim como se constitui em um espaço para encontros sociais e esportivos, novas aprendizagens e trocas de experiências. Esse panorama exigiu que a

pesquisadora estivesse atenta à complexa dinâmica da US para evitar a descontextualização dos dados obtidos. Nesse sentido, Moré e Crepaldi (2004) ressaltam que o contexto de pesquisa tem potencial de significar e dar sentido aos dados, possibilitando novas leituras capazes de ressignificá-lo.

Além de atentar para a dinâmica do contexto, consideraram-se as especificidades do tema central para propor as ações, enquanto pesquisadora. Estudos sobre a abordagem da violência familiar por profissionais da atenção básica revelam um custo pessoal para os envolvidos, pelo sentimento de impotência, medo de perda do controle da situação ou de ser invasivo e cometer injustiças com os familiares envolvidos, fatores que ao final, geram o sentimento de incapacidade para abordar essas situações (Oliveira & Fonseca, 2007; Lettiere et al, 2008).

A revisão de literatura evidenciou inúmeros estudos, pesquisas e reflexões sobre a temática. Entretanto, revelou a carência de pesquisas que acessaram participantes idosos vítimas de violência. A razão da dificuldade deve-se à resistência dessas pessoas em expor suas experiências de maus tratos pelos familiares, por diferentes motivos: pela atmosfera de medo e possíveis ameaças, do sentimento de vergonha geralmente envolvido, como também pelo comprometimento físico e/ou cognitivo das vítimas.

Os aspectos acima relacionados foram considerados na escolha metodológica, uma vez que representavam incertezas quanto ao procedimento adequado a seguir e indicavam a necessidade de uma aproximação gradativa ao local da pesquisa para que as escolhas fossem definidas no decorrer do processo. Sendo assim, optou-se por entrar em campo utilizando a observação participante para apropriar-se do funcionamento do local e sua rotina, bem como estabelecer contatos iniciais com profissionais e usuários idosos. Para tanto, a pretensão era iniciar as conversações sobre o tema e eleger caminhos para a etapa seguinte da coleta de dados, constituída de entrevistas semi-estruturadas.

A pesquisa foi realizada, portanto, em três etapas:

- Observação participante, com anotações em diário de campo.
- Realização de entrevista semi-estruturada com profissionais da equipe de saúde.
- Realização de entrevistas semi-estruturadas com idosos, com a utilização do Mapa de Redes.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma US, de uma cidade situada na região sul do Brasil, referência no atendimento e atenção integral à saúde da população idosa. Pelas características da assistência prestada à população é considerada uma unidade de média complexidade.

A US acompanha usuários da região adstrita, com idade acima de 14 anos, oferece programas que seguem as diretrizes do Ministério da Saúde para a Atenção Primária como: Saúde Mental, Viva Mulher, Diabéticos e Hipertensos, Cobertura Vacinal, Vigilância Epidemiológica, Acolhimento Solidário, Vigilância e Atenção Nutricional, Planejamento Familiar e Controle do Tabagismo, todos em funcionamento no período de coleta de dados desta pesquisa. Além dos programas dispõe de um serviço especializado em geriatria, para o qual são encaminhados idosos das demais regionais, por ser a única no município que oferece esse serviço.

Por se tratar de um centro de referência no atendimento de idosos, promove regularmente campanhas de cunho preventivo e de diagnóstico precoce para as patologias associadas ao processo de envelhecimento. Dispõe de um programa próprio para a assistência domiciliar de pessoas acamadas ou com dificuldade de locomoção. Nessa situação, os profissionais deslocam-se à residência do usuário quando a equipe multiprofissional detecta a necessidade. Apesar de não ser uma US com Programa de Saúde da Família (PSF) e não contar com agentes comunitários próprios, estabeleceu uma parceria com outra US da regional. Assim, seus moradores recebem visita de agentes comunitários principalmente, quando se observa a descontinuidade nas consultas médicas e o contato telefônico entre a US e o usuário se mostra ineficaz, ou ainda, quando a equipe considera pertinente.

O quadro de servidores é composto de 112 profissionais⁶ entre médicos - Clínica Geral, Geriatria, Pneumologia, Urologia, Cardiologia e Ginecologia - enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos, auxiliares de consultório dentário, técnicos de higiene dental, fisioterapeutas, psicólogo, farmacêutica/bioquímica, biólogo, assistente

⁶ Os dados relacionados ao número de servidores e usuários foram atualizados em novembro/2009.

técnico de manutenção e auxiliares administrativos. Ao quadro de funcionários da US acrescenta-se professores e acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Terapia Ocupacional de uma universidade particular conveniada. Atualmente, conta com cerca de 100.000 usuários registrados, efetiva em média 50 cadastros novos/dia e tem fluxo diário estimado entre 800 a 900 pessoas, considerando-se todas as atividades oferecidas no complexo estrutural.

A missão da US é promover ações que priorizem o atendimento aos idosos nas áreas de saúde, social, educativa e esportiva, possibilitando o acesso à promoção, prevenção, recuperação da saúde e qualidade de vida, com o intuito de postergar o declínio biopsicossocial. Para viabilizar esses atendimentos firmou parceria com outros dois órgãos públicos municipais, a Secretaria Municipal do Esporte e Lazer (SMEL) e Fundação de Ação Social (FAS), que mantém serviços nas dependências da US. A presença desses órgãos e as propostas de atendimento à população conferem a essa US uma dinâmica funcional peculiar, que a diferencia das demais US do município.

A FAS, a SMEL e a universidade oferecem as seguintes atividades: ginástica, alongamento, grupos de caminhada, hidroginástica, hidroterapia, Tai-chi-chuan, Lian-Gong, meditação, yoga, danças circulares, línguas estrangeiras (japonês, italiano, inglês, francês e espanhol), pintura em tela, oficina de artesanato, coral, rodas de conversa, terapia do riso, passeios, palestras com temas diversos, grupo de apoio a cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer, oficina de memória e oficina de linguagem.

A US está localizada em uma região central do município e por esse motivo, abrange bairros de classe média e média alta, assim como bolsões de pobreza na região adstrita. Portanto, os usuários originam-se de diversas classes sociais. Atende também moradores dos demais bairros da cidade encaminhados para consultas especializadas no serviço de Geriatria. O atendimento a crianças se restringe ao programa de vacinação, já que em função de sua incumbência, a grande maioria dos usuários é de adultos e idosos.

4.3 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 10 profissionais da saúde e 9 idosos. Os profissionais foram selecionados levando-se em conta 3 critérios: a) diferentes formações profissionais; b) atuação voltada para usuários idosos e c) dois anos, no mínimo de tempo de trabalho na US.

Com esse perfil priorizaram-se profissionais que atuassem nos serviços de maior fluxo de usuários idosos. Também se realizou uma aproximação com a diversidade profissional existente na equipe do quadro funcional da US, para alcançar por meio de diferentes olhares e abordagens, a questão da violência familiar contra os idosos.

A participação dos idosos se deu mediante os seguintes critérios: a) ter 60 anos de idade ou mais; b) apresentar integridade física e cognitiva suficientes para compreender e responder à entrevista; c) ser usuário há pelo menos 2 anos, da US onde a pesquisa foi realizada e d) ter sido identificado, por pelo menos um dos profissionais de saúde, como vítima ou vivenciando uma situação de risco de violência familiar.

Todos os profissionais convidados participaram das entrevistas, com exceção de um, pela dificuldade em estabelecer horários compatíveis com o entrevistador. Entre os idosos indicados pelos profissionais, todos aceitaram prontamente o convite. No entanto, após a entrevista, excluiu-se uma idosa por apresentar claros sinais de declínio cognitivo, comprometendo o desenrolar da conversa. Portanto, os dados de sua entrevista não foram incluídos na análise.

Definiu-se o número de participantes em função da saturação de dados (Strauss & Corbin, 2008), obtida na sexta entrevista com os profissionais, quando se observou regularidades nas informações e reincidência temática referentes aos objetivos do presente estudo. Assim, delimitou-se em 10 entrevistas a fim de confirmar a recorrência dos dados obtidos. O mesmo ocorreu com os idosos. Contudo, como os profissionais indicaram os idosos na ocasião das entrevistas, não foi possível completar 10 entrevistas com idosos. Assim, computaram-se os dados de 9 entrevistas com idosos para a análise.

4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados realizou-se por meio da observação participante com registro em diário de campo e entrevistas semi-estruturadas, incluindo

o Mapa de Rede proposto por Sluzki (1997), com pessoas idosas, vítimas de violência familiar. A triangulação metodológica abstraiu-se da proposta de Flick (2009), que a considera uma estratégia para ampliar e aprofundar os dados e a interpretação, uma vez que, para se proceder à discussão e análise dos dados, a pergunta de pesquisa é considerada a partir de pelo menos dois pontos e complementada pela literatura especializada.

4.4.1. Observação Participante

A observação participante se compreende como uma estratégia que permite e facilita a entrada e o reconhecimento do campo pelo pesquisador, pois, se alia o seu papel com uma ou mais técnicas de coleta de dados. Pode concebê-la como um processo gradual de acesso ao campo, possibilitando contato direto com o fenômeno a ser pesquisado, o que não seria possível senão pela observação direta. Nesse sentido, esse tipo de observação permite ao pesquisador colocar-se no mundo de seus pesquisados e compreender os princípios que regem suas atividades. Esse processo é construído duplamente pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos que ao mesmo tempo, influenciam e são influenciados pelo contexto em que estão inseridos (Angrosino, 2009).

Conforme Haguette (1987), a participação do pesquisador deve significar envolvimento e trocas, não somente de atividades externas ao grupo, mas de processos subjetivos que se desenrolam no campo de pesquisa, fundamental para a compreensão da ação humana. Na mesma perspectiva Moré e Crepaldi (2004) consideram que a aproximação gradativa ao campo e aos profissionais, bem como o compartilhamento de hábitos, papéis e atividades comuns ao grupo, minimizam barreiras e facilitam acesso às fontes. Cria ainda, uma aliança estratégica do pesquisador, por reconhecer as pessoas chaves para a pesquisa, assim como, tornar-se referência de confiança para os profissionais expor suas práticas.

Na presente pesquisa, utilizou-se a observação participante no período de coleta de dados combinando simultaneamente a análise de documentos, observação direta, participação em atividades e conversas informais. Foi fundamental para alcançar os seguintes objetivos: auxiliar no levantamento de dados e documentos sobre a estrutura e funcionamento da US; perceber a rotina dos profissionais e idosos a fim de compreender o fluxo dos usuários dentro da US; manter uma presença constante no campo; participar das atividades da US; introduzir o diálogo sobre situações de

violência com os diferentes atores sociais; verificar pensamentos, crenças e procedimentos dos profissionais frente a relatos de situações de violência familiar contra idosos; registrar elementos sutis, relacionados ao entendimento da dinâmica complexa, instável e intersubjetiva da questão em estudo em relação ao contexto pesquisado e identificar os participantes, melhores momentos e locais para as entrevistas.

Os dados foram registrados como descrições livres das ações e interações no cotidiano da US em notas de campo (Gibbs, 2009). Elas compreendem as anotações realizadas no ambiente de pesquisa e ajudam o pesquisador a memorizar palavras, frases e/ou ações fundamentais para o tema em pesquisa e em um diário de campo (Angrosino, 2009), organizado em arquivos separados por datas, no computador pessoal e escritos após cada período de observação.

O registro das descrições do campo esteve ancorado nos objetivos da pesquisa, levando em consideração as intercorrências, pertinentes à imprevisibilidade do campo (Boing, Crepaldi & Moré, 2008). Além das descrições do campo registraram-se as impressões e sentimentos do pesquisador em relação aos dados, bem como suas introspecções resultantes das ressonâncias entre campo e pesquisador, que constitui o processo de produção.

Partindo-se do pressuposto de que o contexto é “gerador de significados” (Moré & Macedo, 2006), os registros efetuados por meio das observações participantes foram fundamentais para contextualizar, integralizar e dar sentido aos dados de pesquisa, oferecendo maior sustentação às análises posteriores.

4.4.2 Entrevistas Semi-Estruturadas

A entrevista enquanto técnica de investigação científica em psicologia (Bleger, 1989) possibilita a apreensão de sistemas de valores, sentimentos, motivações, atitudes, representações e relações, além de possibilitar a busca de dados do passado e seus reflexos atuais na vida dos participantes (Minayo, 1998).

A entrevista semi-estruturada segue um roteiro de perguntas pré-estabelecidas pelo pesquisador, a partir dos objetivos e da literatura pertinente à pesquisa. Esse percurso é cumprido na íntegra, mas a sequência pode ser flexível na medida em que segue o discurso do participante e da dinâmica de cada entrevista (Biasoli-Alves, 1998). Considera-se que a

entrevista semi-estruturada leva em consideração os princípios da entrevista psicológica conforme proposto por Bleger (1989), quanto à liberdade que o entrevistador deve ter para conduzir o roteiro de maneira que o campo da entrevista se configure à estrutura psicológica do entrevistado. Em concordância com o nomeado pelo autor, pode-se dizer que o entrevistador coordena a entrevista, contudo, o entrevistado a dirige por meio das variáveis de sua personalidade.

Na presente pesquisa considerou-se o cuidado ético para garantir a liberdade e a concordância em tornar-se um participante, antes da realização da entrevista, expondo o tema e a média de tempo que o entrevistado deveria dispor, para que assim, pudesse decidir e organizar suas atividades pessoais ou profissionais.

Na fase inicial da entrevista, disponibilizou-se um tempo para introdução do tema em discussão. Fez parte desse processo a apresentação e esclarecimento do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a coleta dos dados de identificação e as perguntas iniciais da entrevista, na medida em que permitiam ao entrevistador perceber as características do entrevistado. Proporcionou igualmente, uma acomodação mútua à situação de entrevista, facilitando o rapport, que para a psicologia clínica significa o estabelecimento de confiança e cooperação em uma relação. Estruturou-se o roteiro de entrevista para alcançar os objetivos da pesquisa, mas seguindo a ordem dos temas mais gerais aos mais específicos, quer dizer, aqueles em que se buscavam os sentimentos e experiências pessoais do entrevistado em relação à violência familiar contra idosos.

Durante toda a entrevista, priorizou-se uma relação dialógica e as perguntas foram introduzidas respeitando o fluxo narrativo dos participantes, para fazê-los se sentir à vontade e expor assuntos que envolvessem questões pessoais. Além das perguntas do roteiro, a entrevistadora pedia esclarecimentos ou maiores detalhes das falas em torno dos objetivos propostos. Faz-se importante ressaltar que a entrevista, enquanto processo, compreende que o entrevistado ative lembranças e pensamentos que podem ser retomados em diferentes momentos da entrevista, o que requer a flexibilidade do entrevistador.

Cabe resgatar aqui, aspectos que são pertinentes tanto à entrevista psicológica quanto à semi-estruturada como: saber escutar, que significa compreender e aceitar o entrevistado em sua singularidade; evitar julgamentos e assumir uma postura de atenção cuidadosa pelo entrevistado;

perceber além do relato verbal, possíveis omissões e interpretar a linguagem não-verbal. Ao final da entrevista, buscava-se saber como o entrevistado se sentia e como havia sido a experiência de falar sobre o tema proposto, além de dedicar-lhe o tempo desejado para falar de assuntos referentes à entrevista ou a outro de seu interesse.

Inicialmente, entrevistaram-se os profissionais da equipe de saúde e posteriormente, os usuários idosos. Optou-se por essa ordem como uma estratégia de aproximação entre a pesquisadora e profissionais, e estes, com o tema proposto. A partir dessa etapa estabeleceu-se que os profissionais indicariam os idosos para a entrevista.

As primeiras entrevistas de cada grupo tiveram o caráter de entrevista piloto, para analisar a adequação das perguntas aos objetivos propostos, não se configurando a necessidade de efetuar alterações no roteiro.

O roteiro de entrevista com os profissionais (Apêndice A) norteou-se pelos seguintes tópicos: a) dados de identificação do profissional; b) experiência e formação para o trabalho com idosos; c) significado sobre violência em geral e familiar contra o idoso: conceito e tipos de violência familiar percebidas, fatores geradores, qualidade da relação entre idoso e familiar, perfil da vítima e do agressor e valores e crenças do entrevistado sobre o fenômeno; d) experiência profissional em relação à violência intrafamiliar contra o idoso: se procura por indícios, quais indícios considera relevantes, o que faz a partir da suspeita ou detecção, como a violência familiar é tratada no meio profissional, preparo profissional e pessoal para lidar com situações de violência familiar, posicionamento do profissional diante da questão e e) a relação das Políticas Públicas com o trabalho com idosos vítimas de violência familiar.

O roteiro de entrevista com os idosos (Apêndice B) contemplou os seguintes tópicos: a) dados de identificação; b) relação dos idosos com a US: tipo de atendimentos recebidos, atividades que participa, como percebe o funcionamento da US; c) idosos e relações familiares: importância e significado da família para o idoso, dificuldades enfrentadas no relacionamento familiar; d) significado de violência e violência familiar contra o idoso; e) idosos e violência familiar: vivências pessoais ou próximas de violência familiar, o que gera a violência, motivação dos agressores, percepção de como a questão é tratada nas famílias e socialmente; f) rede social: conhecimento a respeito da rede de proteção social, funcionamento dos serviços de proteção, percepção quanto ao

suporte recebido nas US, fatores facilitadores e dificultadores para romper o silêncio.

O roteiro para os idosos considerava duas possibilidades para a sequência da entrevista, dependendo se o entrevistado assumia ter ou não sofrido violência familiar. Nos casos em que os idosos consideravam viver ou ter vivido situações de violência buscava-se conhecer a situação vivenciada, as consequências da violência para a vida dos idosos, formas de enfrentamento e as redes de suporte social.

4.4.3 Mapa de Rede

Além do roteiro de entrevista, quando o idoso confirmava vivenciar ou ter vivenciado uma situação de violência familiar, utilizava-se o Mapa de Rede (Sluzki, 1997) com o objetivo de visualizar e de caracterizar a rede social e familiar dos participantes. Objetivava-se verificar se eram fontes de suporte e enfrentamento, como funcionavam e como a pessoa idosa as acionava.

Durante a entrevista aplicou-se o Mapa de Rede e as perguntas orientadoras integraram o roteiro de entrevista semi-estruturada. Antes de iniciar sua utilização apresentava-se aos participantes o instrumento e se esclarecia o objetivo. Os dados obtidos por meio do instrumento se organizaram representando-se no centro, o participante e, ao seu redor, pontos correspondentes a cada relação em seu quadrante e nível correspondente, conforme a figura a seguir:

Mapa de Rede⁷ (Sluzki, 1997)

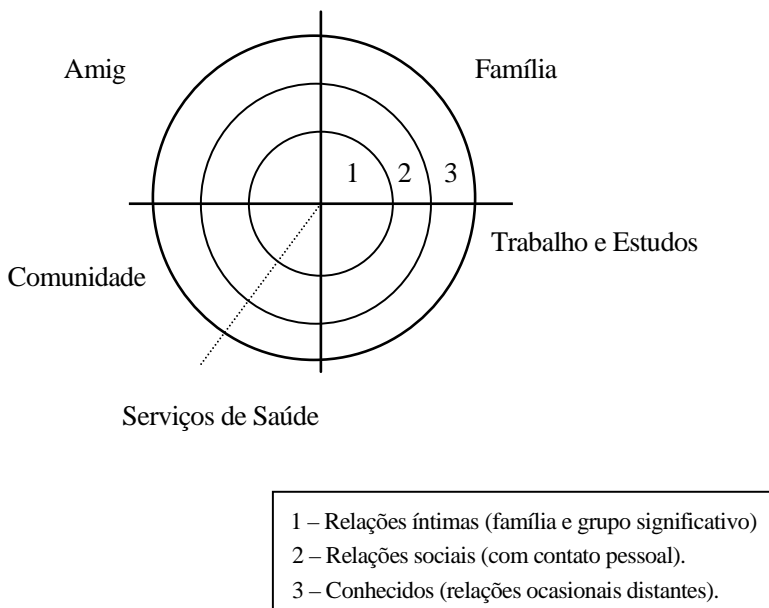


Figura 1: Modelo de Mapa de Rede proposto por Sluzki (1997).

Empregou-se o Mapa de Rede em função de sua potencialidade gráfica de registro de dados e as perguntas que o nortearam direcionaram-se às situações de violência familiar. Portanto, o objetivo do instrumento foi o de integrar dados e não um aprofundamento nos seus recursos e potencialidades. Nesta pesquisa configurou-se como um coadjuvante do instrumento principal, a entrevista semi-estruturada. Entre as possibilidades de fatores que podem ser analisados por meio da utilização do Mapa de Rede, nesta pesquisa levou-se em consideração o tamanho, a composição, a dispersão e as funções desempenhadas.

⁷ Gráfico reproduzido com a autorização do autor.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.5.1 Trajetória da pesquisa

A coleta de dados aconteceu no período entre fevereiro e dezembro de 2009. A observação participante acompanhou o processo da coleta de dados, mas foi especialmente válida para a entrada em campo. Estabeleceram-se horários semanais, divididos em dois turnos, manhã e tarde, o que permitia a participação nas atividades em desenvolvimento na US como: permanência na recepção e nas salas de espera; consultas médicas e de enfermagem; atividades de grupo voltadas para idosos; programas de atendimentos de saúde como hipertensos e saúde mental e atendimentos domiciliares.

É relevante ressaltar que a pesquisadora já estava vinculada ao campo de pesquisa na condição de Supervisora de Estágio acadêmico e sua permanência no local com outro objetivo, foi gradativamente assimilado pelas pessoas envolvidas. Com a presença regular em campo pôde-se notar que sua presença já não causava mais estranhamento aos profissionais e que aos poucos, os contatos se ampliaram, estabelecendo-se novas conversas o que resultou em uma aproximação gradativa a novas pessoas e atividades. Com o reconhecimento do campo, as estratégias de pesquisa se construíram a partir do movimento recursivo gerado pelas impressões e reflexões das experiências da pesquisadora.

Nos contatos informais percebeu inicialmente, dos profissionais da US uma certa reticência quando apresentava e indagava sobre o tema de pesquisa. Geralmente, recebia comentários ressaltando a sua importância e relevância. Entretanto, quando inquiria sobre sua experiência ou se era comum ter acesso a situações de violência entre os usuários atendidos, a resposta era invariavelmente negativa. Pelo relato dos profissionais, o problema não era expressivo ou quando surgia, era um caso isolado. Nenhum deles, antes das entrevistas, acompanhara algum caso de violência, fizera ou sabia de alguma notificação envolvendo violência familiar contra o idoso, ocorrida na US.

Por outro lado, era comum se referir às solicitações recebidas do MP para averiguar denúncias de maus-tratos contra idosos residentes na área de abrangência da US. Essa averiguação se concretizava nas visitas domiciliares principalmente, pela psicóloga da US acompanhada de outro

profissional, e, frequentemente, em parceria com uma das assistentes sociais da FAS. Na visita à residência costumava-se observar a situação de saúde do idoso e condições de vida da família. Os profissionais tentavam engajá-los nos diversos programas oferecidos pela SMS e FAS, na US ou em outro local, conforme a problemática detectada. Após a visita, os profissionais faziam um relatório para o MP que tomava as devidas providências e dava sequência ao acompanhamento do caso.

Durante o período de observação participante e a partir das informações recebidas dos contatos, efetivaram-se duas entrevistas informais com profissionais da regional, diretamente envolvidos nas visitas requeridas pelo MP. O objetivo dessas entrevistas era compreender as informações gradualmente reveladas pelo campo sobre a abordagem desses profissionais aos casos de denúncia de violência contra idosos.

Outra situação habitualmente mencionada pelos profissionais se refere a idosos residentes em pensões no centro da cidade, em situação de abandono e acompanhados pelas agentes de saúde da US. Um relatório da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) definiu a situação desses idosos como problemática e como desafio para a regional de saúde enfrentar. Ao se inteirar desses casos procurou-se estabelecer contato com os envolvidos nos atendimentos externos à US. Confirmou-se a existência do problema, porém nenhum caso estava sendo acompanhado naquele momento.

Em diversas ocasiões sentiu-se próxima de profissionais que estavam mais envolvidos com a problemática da violência familiar contra o idoso, mas, logo em seguida se frustrava, sem vislumbrar avanços nesse sentido, pois, eles acompanhavam somente os episódios de violência nas visitas solicitadas pelo MP. Portanto, a US atendia às demandas externas ou aquelas detectadas fora da US porque internamente, esses casos não apareciam, ou não eram visíveis aos profissionais.

Mas se a violência é algo que qualifica as relações interpessoais, é subjetiva e depende de uma definição das pessoas que vivem em determinado contexto e momento social e histórico, caracteriza-se pela instabilidade na sua conceituação. Portanto, omitiu-se a violência como um fato já diagnosticado pelo profissional e introduziu-se nos diálogos em campo, o termo vulnerabilidade, fazendo menção às situações de vida ou condições potencialmente geradoras de violência familiar. Quando se mudou a perspectiva encontrou-se ressonância nos diálogos com os profissionais e se as respostas à existência de violência costumavam ser negativas, em relação às situações de vulnerabilidade eram diferentes, abria-

se para a possibilidade de se falar sobre as problemáticas vivenciadas pelos idosos. Além disso, o profissional podia nesse contexto, expor suas dúvidas a respeito da questão e não se sentir pressionado ou fiscalizado diante de possíveis omissões. Assim, começaram a lembrar e relatar algumas situações, possibilitando a identificação de profissionais envolvidos nos acompanhamentos, iniciando-se as marcações das entrevistas semi-estruturadas.

As entrevistas iniciaram em agosto de 2009 e o primeiro contato foi pessoal para agendar a data e local para os encontros. Sete, foram realizados na US, em horário que não interferiu nos atendimentos aos usuários. Duas pessoas preferiram ser entrevistadas em casa e uma, em seu consultório particular. As entrevistas duraram aproximadamente uma hora e quinze minutos, em função de seus compromissos.

A partir das entrevistas solicitou-se a cada um a indicação de casos de usuários idosos, de seu conhecimento, que consideravam em situação de vulnerabilidade ou que haviam vivenciado violência familiar. Também, exemplos relatados durante a entrevista envolvendo usuários idosos foram retomados ao final, para um possível contato entre pesquisador e idoso.

Após a indicação dos idosos, fez-se o primeiro contato por telefone, quando o objetivo da pesquisa era brevemente explicado e mediante o aceite, combinavam-se data e local. As entrevistas iniciaram em outubro do mesmo ano e algumas se realizaram na US e outras no domicílio, conforme a preferência e condições de deslocamento do participante. A duração média das entrevistas ficou em uma hora e trinta minutos.

Como os idosos foram selecionados por indicação dos profissionais da US, pôde-se perceber algumas contradições entre o percebido e o relatado pelos idosos quanto às situações de violência familiar. Vale salientar o ritmo de cada participante idoso para falar da violência na perspectiva de sua família, sendo que alguns, no início da entrevista revelaram ter sofrido violência; outros demoraram mais no processo de aquecimento; um dos entrevistados negou a princípio e no final da entrevista relatou um fato que avaliou como violência familiar. Contudo, outros ainda, não consideraram viverem ou terem vivenciado situações de violência, o que levou a entrevistadora a seguir o roteiro de diferentes formas. Essas variações, longe de se considerar empecilhos, configuraram dados de análise. Ocorreu também, que uma das idosas indicadas, demonstrou durante a entrevista perda cognitiva significativa, o que impossibilitou a utilização dos dados do seu depoimento.

Ao final das entrevistas, após desligar o gravador, a pesquisadora reservava um tempo para avaliar como a pessoa estava se sentindo ao falar a respeito do tema violência ou simplesmente, para abordar qualquer outro assunto pelo qual o entrevistado demonstrasse interesse. Entre essas conversas informais, um dos profissionais demonstrou interesse pela pesquisa e forma de análise dos dados e uma das participantes idosas solicitou atendimento psicológico, sendo então orientada como obtê-lo.

4.5.2 Procedimentos Éticos

O trabalho de campo teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), certificado n. 240, emitido em 03 de novembro de 2008 e da SMS do município onde a pesquisa foi realizada. Após aprovação dos respectivos Comitês, o projeto foi levado a conhecimento da Autoridade Sanitária da US em questão.

A coleta de dados atendeu às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que correspondem às exigências referentes à ética nas pesquisas com seres humanos, assegurando aos participantes o direito a informações sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos utilizados. No início de cada entrevista retomavam-se os esclarecimentos sobre a pesquisa, ressaltando o sigilo quanto aos dados que pudessem identificar o participante, à possibilidade de obter informações posteriores sobre a pesquisa pelo contato telefônico disponibilizado pela pesquisadora, bem como o direito a desistir da participação. Após esses esclarecimentos, solicitava-se a assinatura do TCLE (Apêndice C). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com a permissão do entrevistado, para posterior transcrição e análise.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se a análise dos dados com base na Grounded Theory (Teoria Fundamentada Empiricamente), proposta por Strauss & Corbin (2008), a qual permitiu trabalhar, comparar, integrar e categorizar dados obtidos dos registros em diário de campo, entrevistas e Mapas de Rede.

Seguindo os passos para a análise dos dados sob essa perspectiva, primeiramente, efetivaram-se leituras sucessivas do material textual das entrevistas, assim como do conteúdo do diário de campo e dos mapas de rede, a fim de obter uma maior aproximação dos dados e das narrativas apresentadas pelos participantes da pesquisa. Num segundo momento, concretizou-se o processo de desmembramento, exame, comparações e categorização dos dados, etapa denominada de codificação aberta. Identificaram-se então, os aspectos em comum, bem como características diferenciais e pontos inéditos entre todos os dados obtidos por meio dos instrumentos de pesquisa. A partir desse ponto, emergiram pontos nucleares que se mantiveram na diversidade e na complexidade dos dados coletados.

Tomando como ponto de partida os objetivos da pesquisa, organizaram-se os dados obtidos em três grandes dimensões. Cada uma dessas dimensões serviu como alicerce de referência para o estabelecimento e nomeação das categorias principais de análise, apresentadas em três quadros distintos. A partir das categorias principais, relacionaram-se as subcategorias e seus respectivos elementos de análise, os quais auxiliaram na obtenção de uma descrição, compreensão e sustentação das categorias principais, etapa denominada codificação axial. Por fim, o processo de codificação seletiva permitiu integrar e refinar o conjunto de dados obtidos. Além disso, proporcionou uma compreensão integrada do fenômeno central, nesse caso, os significados construídos acerca da violência familiar contra os idosos na perspectiva de profissionais de saúde e de idosos.

Ressalta-se que o processo de análise das três dimensões gravitou em torno da temática central desta tese, buscando respondê-la numa perspectiva transversal, por meio das categorias, subcategorias e elementos de análises, e vertical, através da leitura e análise dos dados em profundidade. Dessa maneira, a interface da leitura transversal e vertical alavancou a organização dos dados que surgiram no universo da pesquisa e que serão apresentados no capítulo a seguir.

Portanto, os dados são apresentados em continuação: num primeiro momento expõem-se as definições das dimensões, categorias e subcategorias e num segundo, divulga-se o quadro geral de síntese de cada uma das três dimensões e suas respectivas categorias, subcategorias e elementos de análise com o intuito de melhor evidenciar o processo de construção e organização dos dados para sua posterior análise e discussão.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são mostrados em duas partes, inicialmente a caracterização dos participantes da pesquisa e posteriormente, os quadros de categorias, subcategorias e elementos de análise pertencentes a cada uma das três dimensões, conforme a sequência que subsidiou a análise e discussão posterior dos dados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

5.1.1 Idosos

Participaram 9 idosos, 8 mulheres e 1 homem, com idades entre 62 e 86 anos e média de 71 anos. Todos os participantes foram indicados por profissionais da US, aleatoriamente, em relação ao sexo e idade. Porém, seguem características da população brasileira, no que se refere à maior porcentagem de mulheres entre os idosos, bem como a busca mais intensa das mulheres por serviços de saúde, em contraste com os homens.

Quanto ao estado civil 4 eram separados, 3 viúvos, um casado e um vivia em união estável após ter se separado. Seis participantes referiram ser católicos e os outros 3 posicionaram-se como espírita, protestante e evangélico, respectivamente.

Quanto à escolaridade, 4, possuíam o Ensino Fundamental incompleto, 1, o Ensino Médio incompleto, 1, o Ensino Médio completo, 1, Superior incompleto e 2, Superior Completo. No caso de 7 participantes a moradia era própria e 2 moravam em residência alugada. A respeito da renda familiar, 4 idosos informaram receber de um a dois salários mínimos, 3 idosos por três a quatro salários, 1 por cinco a seis salários e outro, por sete a oito. Apesar da baixa escolaridade apresentada pelos entrevistados, o que também reflete uma característica da população idosa brasileira, os entrevistados pertenciam à classe média ou média baixa. Em nenhum dos casos se evidenciou situação de risco relacionada ao fator sócio-econômico, dados que representam as características da população atendida pela US.

Complementando o perfil sócio-econômico dos participantes, 6 entrevistados disseram ser aposentados, 2, pensionistas e 1, não tinha rendimento próprio. Em relação à ocupação, 3 definiram-se como sendo do lar e, antes da aposentadoria, 3 foram professoras, 1 trabalhou como artesã, 1 era funcionário público e 1, gerente de hotel.

Entre os entrevistados 1, morava sozinho, 4 moravam com apenas um filho, 2, com o cônjuge/companheira, 1, com filho e nora, 1, com filho, neta e bisneto. Esses dados indicam a tendência à diminuição do número de integrantes por família, bem como de filhos que saem da casa dos pais e formam novos lares constituídos pela família nuclear. Como os participantes se encontravam em condições físicas e cognitivas preservadas, isso lhes garantiu a possibilidade de manter a independência e autonomia em relação aos filhos adultos ou outros familiares. Apenas uma entrevistada apresentava saúde debilitada, necessitando maior auxílio para as atividades de vida diária⁸. Entre os 6 participantes que compartilhavam a moradia com filhos adultos, todas eram mulheres, separadas ou viúvas, tinham os filhos como seus dependentes e desses 6 filhos, 5 eram homens.

Os dados acima descritos podem ser visualizados no quadro a seguir.

⁸ Termo utilizado em gerontologia para designar as atividades rotineiras como alimentação, vestir e despir, banho e higiene pessoal.

Quadro 01: Caracterização dos Idosos

Nome Fictício	Idade	Sexo	Estado civil	Religião	Escolaridade	Moradia	Renda familiar salários	Profissão
Ameista	6	f	Separada	Católica	Fundamental Completo	Própria	Até 4	Artesã Pensionista
Topázio	8	m	Separado /união estável	Católico	Superior Incompleto	Alugada	Entre 5 e 9	Func. Público Aposentado
Esmeralda	6	f	Casada	Católica	Fundamental Incompleto	Própria	Até 4	Do lar
Pérola	8	f	Viúva	Católica	Fundamental Incompleto	Alugada	Até 4	Gerente hotel Aposentada
Ágata	3	f	Separada	Espírita	Superior Incompleto	Própria	Até 4	Professora Aposentada
Opala	2	f	Separada	Evangélica	Superior Completo	Própria	Entre 5 e 9	Professora Aposentada
Alexandra	7	f	Viúva	Católica	Fundamental Incompleto	Própria	Até 4	Do lar Pensionista
Turmalina	3	f	Viúva	Católica	Médio Completo	Própria	Até 4	Professora Aposentada
afira	7	f	Separada	Protestante	Médio Incompleto	Própria	Até 4	Do lar Aposentada

Depois de cada entrevista com os idosos, elaborou-se uma síntese com dados sobre a história de vida, condição física e familiar dos entrevistados, motivo que levou os profissionais da US a identificá-los como possíveis participantes e a posição de cada um sobre a questão da violência familiar contra o idoso. As sínteses encontram-se no Apêndice D e seguem a mesma ordem de apresentação dos participantes, que podem ser identificados pelos nomes fictícios. Uma das entrevistas em que foi utilizado o Mapa de Rede encontra-se no Apêndice E para ilustrar a forma como se abordou o tema e a interação entre a pesquisadora e o entrevistado.

O quadro abaixo congrega informações acerca da relação dos idosos com o tema central da pesquisa, pois, como se esclareceu em capítulo

anterior, os profissionais indicaram os participantes por pressupor que viviam situações de violência familiar o que não foi confirmado por todos os idosos.

Quadro 02: Posicionamento do idoso em relação à violência familiar

Nome fictício	Violência sofrida	Posição diante da violência	Tempo da Ocorrência	Agressor	Mapa de Rede
Ametista	Física e psicológica	Assume	Quando casada até 4 anos atrás	Marido	Sim
Topázio	Financeira	Nega inicialmente e assume ao final entrevista	Época da separação há 5 anos.	Sobrinho	Não
Esmeralda	Psicológica negligência	Nega	Atual.	Família	Não
Pérola	Psicológica	Nega	Atual.	Filho e nora	Sim
Ágata	Sexual e física	Assume	Antes e durante casamento Há +/- 15 anos.	Conhecido Marido	Não
Opala	Física e psicológica	Assume	Atual.	Filhos	Sim
Alexandrita	Física e psicológica	Assume	Até o filho parar de beber há 3 anos	Filho e nora	Sim
Turmalina	Financeira	Nega	Atual	Filha e neta	Não
Safira	Psicológica e financeira	Assume psicológica e Nega financeira	Atual	Filho, filhos e nora.	Sim

Como se nota, nas 9 entrevistas foi possível visualizar e caracterizar situações de violência sofrida pelos participantes tomando como base a definição de violência proposta pelo INPEA (1995). A violência psicológica foi a mais frequente, encontrada em 6 casos, seguida da violência física em 4 casos, violência financeira em 3 casos e 1 caso de negligência e outro, de violência sexual. Com exceção de 3 casos, nos demais, houve associação entre dois tipos de abusos sofridos.

Durante as entrevistas, 6 participantes assumiram ter sofrido violência familiar, e um deles, Topázio, admitiu o fato somente no final da entrevista; outros 3 negaram a experiência de qualquer tipo de violência. Safira, em seu relato, identificou em suas experiências, um tipo de violência e não outro, que ficou evidente para a pesquisadora.

Quanto ao tempo de ocorrência da violência, para 4, ela aconteceu no passado e afirmaram já ter superado o problema. Nos outros 5 casos a violência ainda ocorria quando da realização da entrevista. Os agressores indicados ou percebidos eram filhos, em 5 casos; noras, em 3 casos; maridos, em 2 casos; sobrinho, em um caso; em 5 situações, identificaram-se mais de um familiar.

O quadro 2 também indica os 5 casos em que se realizou o Mapa de Rede. O emprego desse instrumento, na presente pesquisa, objetivou identificar as redes sociais no enfrentamento, pelo idoso, da violência familiar. Assim, em duas situações - Topázio e Ágata - que assumiram ser vítimas de violência familiar, não se utilizou essa ferramenta porque o fato permaneceu em absoluto segredo, ou seja, o idoso não acionou a sua rede social para lidar com a situação. Com Pérola, ocorreu o oposto, a entrevistada negou sofrer violência familiar, mas apesar de sua negação, a situação estava claramente delineada. Então, o Mapa foi realizado apesar do termo violência não ter sido o guia no processo de construção. Assim, o Mapa de Rede foi efetivado com Ametista, Pérola, Opala, Alexandrita e Safira.

5.1.2 Profissionais da Saúde

Participaram da pesquisa 10 profissionais e, para evitar sua identificação serão indicados pela nomenclatura P1, P2, P3 (...) P10. As informações estão disponíveis no Quadro 3.

A idade dos profissionais variou de 24 a 68 anos, sendo a média de idade 50 anos. Oito mulheres e 2, homens. Quanto ao estado civil, 5

casados, 3 separados, 1 viúvo e 1 solteiro; em relação à religião, 9 disseram ser católicos e um, espírita.

Três anos foi o menor tempo de exercício profissional entre os participantes e o maior, 42 anos, e a média ficou em 15,3 anos. Quanto ao tempo de trabalho na US, variou entre 2 e 10 anos, sendo a média 5,8 anos.

Quadro 3: Caracterização dos profissionais da saúde

	Idade	Sexo	Estado Civil	Religião	Tempo de Profissão	Tempo de Trabalho na US
1	31	f	Casada	Católica	8 anos	3 anos.
2	54	f	Separada	Católica	6 anos	6 anos
3	33	f	Casada	Católica	10 anos	3 anos
4	52	f	Separada	Católica	3 anos 6 meses	3 anos 6 meses
5	56	f	Casada	Católica	10 anos	7 anos
6	65	f	Casada	Espírita	20 anos	10 anos
7	24	f	Solteira	Católica	3 anos	2 anos
8	56	m	Separado	Católico	16 ano	5 anos
9	68	m	Casado	Católico	42	10 anos
10	60	f	Viúva	Católica	34	8 anos

5.2 APRESENTAÇÃO DAS DIMENSÕES, CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE

Para alcançar os objetivos da pesquisa, recorreu-se ao conteúdo dos Diários de Campo, das narrativas das entrevistas com profissionais e idosos e dos Mapas de Rede, realizados com idosos se consideraram vítimas de alguma violência familiar.

Com o intuito de contemplar a complexidade da análise dos dados e tendo como referência, o capítulo de método, estabeleceram-se três grandes

dimensões para viabilizar uma leitura vertical de todos os dados. Essas dimensões, por sua vez, visaram a integração de um conjunto de categorias com suas respectivas subcategorias e elementos de análise, numa proposta de leitura horizontal. Dessa forma, as categorias serão disponibilizadas em três quadros, os quais correspondem às dimensões de análise, ou seja, a violência familiar na perspectiva dos idosos e dos profissionais de saúde e das redes sociais dos idosos. Sendo assim, as dimensões se caracterizam como um fio condutor na organização da complexidade dos dados, nucleados pelas categorias de análise.

A partir dessa perspectiva, precisam-se compreender os conjuntos de categorias em cada uma das dimensões, como partes e como um todo, em um movimento recursivo de complementaridade, que serve como base para a compreensão dos significados construídos sobre a violência familiar contra os idosos (Morin, 2007). É esta trama de conexões complexas, que revela o processo dinâmico de relações que se estabelecem e onde adquirem sentido.

A nomeação das categorias resultou da triangulação entre os dados de observação, regularidades temáticas presentes nas narrativas dos entrevistados e da literatura pertinente. As categorias visam apreender os aspectos comuns e diferenciais acerca do tema proposto. Para isso, realiza-se uma análise em profundidade com o intuito de responder aos objetivos específicos tendo presente o objetivo geral do trabalho. Portanto, o conjunto de categorias contempla subcategorias e seus respectivos elementos de análise (Strauss & Corbin, 1990). Assim, essa tríade representa o fenômeno em estudo, relacionando-o a uma estrutura conceitual e processo de ocorrência, com a intenção de se aproximar de sua complexidade.

A seguir serão apresentadas as definições das dimensões, categorias e subcategorias, seguidas dos Quadros 4, 5 e 6 que evidenciam a organização total das categorias, subcategorias e elementos de análise. A ordem adotada nessa apresentação é a mesma do próximo capítulo, no qual os dados serão analisados e discutidos.

5.2.1 Dimensão I – Idoso no Contexto Familiar – Contempla a percepção dos idosos quanto aos fatores relacionados ao bem-estar pessoal e na família, os significados atribuídos à violência de forma geral e à violência familiar contra o idoso especificamente, bem como as vulnerabilidades, as formas de enfrentamento e as consequências da violência para o idoso.

1. RECONHECIMENTO DO PAPEL DO IDOSO NA FAMÍLIA E SUAS NECESSIDADES – Como o idoso percebe o lugar por ele ocupado nas relações familiares, as funções desempenhadas, bem como o que necessita para o seu bem-estar e manutenção da qualidade de vida.

1.1 Condizente ao estágio do ciclo vital – Reconhecimento da maneira de participar nas relações familiares como associadas às características ou condições das pessoas na velhice.

1.2 O idoso como um outro – Indicativo de que os participantes da pesquisa não se identificam como parte de uma categoria de idosos definidos por atributos negativos como fragilidade, incapacidade ou dependência.

1.3 Condições para a qualidade de vida do idoso - Aquilo que é preciso ter ou alcançar, o que é essencial ou indispensável para que a pessoa idosa viva satisfatoriamente.

2. SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À VIOLÊNCIA E À VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA O IDOSO – Formação de imagens, ideias e pensamentos sobre o tema violência de forma ampla e da violência familiar contra o idoso em particular, que inclui considerações sobre acontecimentos sociais e análise de experiências pessoais.

2.1 Percepção de diferentes tipos de violência – Definição do conceito utilizando-se da descrição das diferentes manifestações de violência.

2.2 Descrição de comportamentos de familiares em relação ao idoso – Identificação de diferentes manifestações de violência no modo de agir do familiar em relação ao idoso.

2.3 Avaliação da experiência vivenciada na família – Análise das relações familiares no processo de construção do significado de violência.

3. ASPECTOS POTENCIALMENTE GERADORES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR – Variáveis individuais e contextuais que interferem no sentido de aumentar a vulnerabilidade à ocorrência da violência familiar contra o idoso.

3.1 Avaliação do idoso como um outro – Opinião acerca dos fatores capazes de levar à violência familiar contra os idosos mais frágeis e dependentes.

3.2 Avaliação das experiências pessoais - Análise feita pelos participantes quanto aos fatores existentes em suas relações familiares que culminaram em violência.

4. ASPECTOS QUE SUSTENTAM A VIOLÊNCIA FAMILIAR E AÇÕES QUE FACILITAM O ENFRENTAMENTO – Indica o que foi feito, sentido ou pensado como forma de enfrentamento de situações de violência, o que foi considerado efetivo e sem efeito, tanto pelos idosos que reconheceram a vivência violenta, quanto pelos que negaram sofrer qualquer tipo de violência e imaginaram uma situação hipotética.

4.1 Condições que favorecem a continuidade da violência – Atitudes, sentimentos, crenças e valores que contribuem para a manutenção da violência na família.

4.2 Ações que auxiliam no manejo da violência - Medidas que os participantes consideraram eficazes no enfrentamento da violência sofrida.

4.3 Ações frente a uma violência hipotética – O que os idosos fariam caso sofressem alguma forma de abuso por parte de familiares.

5. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA FAMILIAR PARA O IDOSO – Aponta o que pode ser considerado como resultado da violência familiar no âmbito subjetivo, da saúde orgânica e das relações sociais.

5.1 No âmbito subjetivo – Efeitos da violência familiar percebidas para si e para os idosos dependentes.

5.2 No âmbito da saúde orgânica – Efeitos da violência familiar na saúde orgânica.

5.3 No âmbito das relações sociais - Efeitos da violência familiar nas relações sociais.

Quadro 04 - Categorias, subcategorias e elementos de análise – Idosos no contexto familiar

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. Reconhecimento do papel do idoso na família e suas necessidades.	1.1 Condizente ao estágio do ciclo vital.	1.1.1 Alicerce da família.
		1.1.2 Reciprocidade de atenção e afeto.
		1.1.3 Cuidadores de pessoas dependentes .
		1.1.4 Perda gradativa das funções desempenhadas.
	1.2 O idoso como um outro.	1.2.1 Frágil.
		1.2.2 Isolado.
		1.2.3 Peso para a família.
	1.3 Condições para a qualidade de vida do idoso.	1.3.1 Acesso à saúde.
		1.3.2 Estabilidade financeira.
		1.3.3 Liberdade para ocupar o tempo livre.
		1.3.4 Atualização.
		1.3.5 Boa relação familiar.
		1.3.6 Atenção e proteção.
		1.3.7 Tolerância dos mais jovens.
2. Significados atribuídos à violência e à violência familiar contra o idoso.	2.1 Percepção de diferentes tipos de violência.	2.1.1 Violência física.
		2.1.2 Violência verbal ou psicológica.
		2.1.3 Violência sexual.
		2.1.4 Violência comunitária.
	2.2 Descrição de comportamentos de familiares em relação ao idoso.	2.2.1 Agressão física.
		2.2.2 Agressão verbal.
		2.2.3 Negligência ou abandono.
		2.2.4 Retirada da autonomia.
		2.2.5 Desrespeito dos netos.
	2.3 Avaliação da experiência vivenciada na família.	2.3.1 Situação avaliada como violência.
		2.3.2 Não avaliaram a situação

		como violência
3. Aspectos potencialmente geradores de violência familiar.	3.1 Avaliação do idoso como um outro.	3.1.1 Intolerância dos mais jovens com o idoso
		3.1.2 Desconsideração das contribuições do idoso
		3.1.3 Aumento da dependência do idoso .
		3.1.4 Entorno social.
	3.2 Avaliação das experiências pessoais.	3.2.1 História de violência familiar
		3.2.2 Presença de dependentes químicos.
		3.2.3 Questões financeiras
4. Aspectos que sustentam a violência familiar e ações que facilitam o enfrentamento.	4.1 Condições que favorecem a continuidade da violência.	4.1.1 Ausência de alternativas.
		4.1.2 Temor de revelar.
		4.1.3 Acreditar que tudo vai melhorar.
		4.1.4 Deixar chegar ao limite.
		4.1.5 Buscar e não receber apoio.
		4.1.6 Desacreditar nas fontes de apoio.
		4.1.7 Não aceitar participação maior da geração mais jovem.
		4.1.8 Acreditar na impossibilidade de o idoso se defender.
	4.2 Ações que auxiliam no manejo da violência.	4.2.1 Buscar ajuda de familiares
		4.2.2 Afastar-se fisicamente do agressor.
		4.2.3 Desenvolver/manter autonomia.
		4.2.4 Buscar apoio na religiosidade.
		4.2.5 Buscar informações.
		4.2.6 Reavaliar a situação.
	4.3 Ações frente a uma violência	4.3.1 Afastar-se do agressor.

	hipotética.	4.3.2 Perdoar.
5. Consequências, para o idoso, da violência familiar.	5.1 No âmbito subjetivo.	5.1.1 Reações emocionais diversas
		5.1.2 Efeitos emocionais a longo prazo.
		5.1.3 Para o idoso como um outro.
	5.2 No âmbito da saúde orgânica.	5.2.1 Surgimento ou agravamento de doenças pré-existentis.
	5.3 No âmbito das relações sociais	5.3.1 Isolamento.
		5.3.2 Exposição social

5.2.2 Dimensão II – Profissionais da Saúde: Compreensão e Práxis – Contempla como os profissionais percebem os idosos na relação profissional; os significados da violência de forma geral e em relação à violência familiar contra o idoso especificamente; como lidam com o problema considerando posturas profissionais e condições institucionais.

1. PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS IDOSOS ATENDIDOS – Descreve as características dos idosos usuários percebidas pelos profissionais da saúde, envolvendo aspectos físicos, cognitivos, emocionais, familiares e sociais e de como essas características estão implicadas na relação do profissional com o idoso.

1.1 Percepção das características dos idosos – Aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais dos idosos que os diferenciam dos usuários das demais faixas etárias.

1.2 Percepção da relação profissional/usuário idoso – Como os profissionais percebem as implicações das características dos idosos na prestação de serviços.

2. SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À VIOLÊNCIA E À VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA O IDOSO – Formação de imagens, ideias e pensamentos sobre o tema violência, de forma ampla, e sobre a violência familiar contra o idoso em particular, que inclui considerações sobre acontecimentos sociais, profissionais e familiares.

2.1 Além da agressão física – Construções em torno da palavra violência abordando diferentes formas de agressão, incluindo a falta de

respeito em relação ao outro e a percepção de que se trata de um conceito complexo.

2.2 Descrição de comportamentos de familiares em relação ao idoso - Identificação de diferentes manifestações de violência no modo de agir do familiar em relação ao idoso.

3. ASPECTOS POTENCIALMENTE GERADORES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA O IDOSO - Variáveis individuais e no contexto familiar que interferem no aumento da vulnerabilidade à ocorrência da violência familiar contra o idoso.

3.1 Contexto familiar

3.2 Características dos idosos

4. IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA O IDOSO NO CONTEXTO DO TRABALHO – Sinais que possibilitam a identificação de violência familiar contra o idoso durante as consultas ou atividades propostas na US.

4.1 Indícios de violência no contato com o idoso e/ou familiar – Serve de advertência aos profissionais para reconhecer possíveis situações que envolvem maus-tratos no contato com idosos e seus familiares.

5. MANEJO PROFISSIONAL DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR – Forma de conduzir as situações que envolvem indícios ou a confirmação de violência familiar contra o idoso.

5.1 Condutas que facilitam a identificação e a abordagem – O que se faz ou é considerado adequado para prevenir ou lidar com casos suspeitos de violência familiar contra o idoso.

5.2 Situações que dificultam a identificação e a abordagem – O que ocorre na relação entre o usuário e o profissional para que as situações de violência se mantenham ocultas ou que não sejam eficientemente manejadas.

6. CONDIÇÕES DA US PARA ATENDER SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA O IDOSO – As limitações dos profissionais da US em caso de violência familiar contra o idoso, envolvendo a dinâmica do trabalho e o preparo da equipe.

6.1 Dinâmica de trabalho – Características de funcionamento da US que interferem na detecção e manejo de situações de violência familiar contra o idoso.

6.2 Preparo da equipe para lidar com situações de violência - Percepção dos profissionais sobre as condições da equipe para atender aos usuários idosos no que tange ao tema violência familiar.

7. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA O IDOSO – Sentimentos e preocupações dos profissionais relacionados à vivência de casos de violência contra o idoso, bem como seu posicionamento relativos a possíveis consequências ao atuar em casos de violência familiar contra pessoas de idade.

7.1 Quanto ao bem-estar pessoal e desempenho profissional

Quadro 05 - Categorias, subcategorias e elementos de análise – Profissionais da Saúde: compreensão e práxis.

1. Perspectiva dos profissionais acerca dos idosos atendidos.	1.1 Percepção das características dos idosos.	1.1.1 Perdas decorrentes do envelhecimento.
		1.1.2 Dificuldade em aceitar mudanças.
		1.1.3 Carência afetiva.
		1.1.4 Tendência à solidão.
		1.1.5 Maior vulnerabilidade a maus tratos na comunidade.
		1.1.6 Ativos.
		1.1.7 Maior maturidade.
	1.2 Percepção da relação profissional/usuário idoso.	1.2.1 Exigem mais atenção e paciência.
		1.2.2 São mais agradecidos.
		1.2.3 Aceitam melhor as orientações.
		1.2.4 Fazem parte de um grupo heterogêneo.
		1.2.5 Pensar no próprio envelhecimento.
2. Significados atribuídos à violência e à	2.1 Além da agressão física.	2.1.1 Sobreposição de diferentes tipos de agressão.
		2.1.2 Falta de respeito em relação ao

violência familiar contra o idoso.		outro.
		2.1.3 Significado amplo.
	2.2 Descrição de comportamentos de familiares em relação ao idoso.	2.2.1 Privar o idoso de recursos em proveito próprio.
		2.2.2 Isolar.
		2.2.3 Asilar.
		2.2.4 Deixar de cuidar do idoso dependente.
		2.2.5 Privar o idoso de sua autonomia.
3. Aspectos potencialmente geradores de violência familiar contra o idoso.	3.1 Contexto familiar.	3.1.1 Presença de dependentes químicos.
		3.1.2 Questões financeiras.
		3.1.3 História de violência na família.
		3.1.4 Falta de limites dos filhos.
		3.1.5 Idoso visto como entrave para realização de planos pessoais.
		3.1.6 Dificuldade dos filhos em retribuir cuidados recebidos no passado.
		3.1.7 Sobrecarga do cuidador.
		3.1.8 Pressões externas.
	3.2 Características do idoso.	3.2.1 Agressividade.
		3.2.2 Nega dependência.
		3.3.3 Carente de afeto.
4. Identificação da violência familiar contra o idoso no contexto de trabalho.	4.1 Indícios de violência no contato com o idoso e/ou familiar.	4.1.1 Manchas no corpo.
		4.1.2 Tratamento dispensado ao idoso.
		4.1.3 Descuido com a aparência.
		4.1.4 Alteração do humor e/ou comportamento.
		4.1.5 Inconsistência das informações.
5. Manejo profissional de situações de violência familiar contra o idoso.	5.1 Condutas que facilitam a identificação e a abordagem.	5.1.1 Avaliação global e sequencial.
		5.1.2 Investigação de sinais ou sintomas suspeitos.
		5.1.3 Escuta ao idoso.
		5.1.4 Disponibilidade ao idoso e aos familiares.
		5.1.5 Busca da rede de suporte do idoso.

	5.2 Situações que dificultam a identificação e a abordagem.	5.1.6 Trabalho em equipe.
		5.2.1 Definição de violência.
		5.2.2 Silêncio do idoso.
		5.2.3 Revelação tardia.
		5.2.4 Revelação e recusa de intervenção profissional.
6. Condições da US para atender situações de violência familiar contra o idoso.	6.1 Dinâmica de trabalho.	6.1.1 Ausência de interdisciplinaridade.
		6.1.2 Sobrecarga de trabalho.
		6.1.3 Ênfase na saúde do corpo.
	6.2 Preparo da equipe para lidar com situações de violência.	6.2.1 Falta de treinamento.
		6.2.2 Falta de conhecimento das políticas públicas.
		6.2.3 Ineficácia das ações.
		6.2.4 Falta de medidas de rastreamento.
		6.2.5 Encaminhamento para outros profissionais ou setores.
7. Consequências da violência familiar contra o idoso.	7.1 Quanto ao bem-estar pessoal e desempenho profissional.	7.1.1 Separação emocional e profissional.
		7.1.2 Maior envolvimento emocional.
		7.1.3 Impotência.
		7.1.4 Medo de retaliação do agressor.
		7.1.5 Reflexão sobre o envelhecimento

5.2.3 Dimensão III – Rede Pessoal Significativa: Pessoal e Institucional

– Contempla as pessoas significativas para o enfrentamento da violência familiar pelo idoso, obtidas a partir do Mapa de Rede (Sluzki, 1997). Ele identifica a rede de relações familiares, de amizades, de trabalho e estudo, comunitária e da US, aponta as características da relação entre idoso e os componentes da rede e as funções desempenhadas pela rede.

1. REDE DE RELAÇÕES FAMILIARES – Composta pelas pessoas significativas do contexto familiar do idoso.

2. REDE DE RELAÇÕES DE AMIZADE - Composta pelas pessoas significativas do contexto social do idoso.

3. REDE DE RELAÇÕES COMUNITÁRIAS - Composta pelas pessoas significativas pertencentes a grupos e serviços, oferecidos na comunidade aos cidadãos.

4. REDE DE RELAÇÕES COM OS PROFISSIONAIS DA US
– Composta por pessoas significativas que trabalham na US.

Quadro 06 - Categorias, subcategorias e elementos de análise – Redes sociais significativas: pessoal e institucional.

1. Rede de relações familiares.	1.1 Pessoas significativas.	
	1.2 Características da relação entre idoso e os componentes da rede.	1.2.1 Restrições na revelação.
		1.2.2 Maior aproximação.
		1.2.3 Apoio insuficiente.
	1.3 Funções desempenhadas pela rede.	1.3.1 Apoio emocional.
		1.3.2 Ajuda material e serviços.
		1.3.3 Regulação social.
		1.3.4 Guia cognitivo.
2. Rede de relações de amizade.	2.1 Pessoas significativas.	
	2.2 Características da relação entre idoso e os componentes da rede.	2.2.1 Afastamento recíproco.
		2.2.2 Aproximação de amigos.
	2.3 Funções desempenhadas pela rede.	2.3.1 Apoio emocional.
		2.3.2 Ajuda material e serviços.
3. Rede de relações comunitárias.	3.1 Pessoas e instituições significativas.	
	3.2 Característica da relação entre idoso e os componentes da rede.	3.2.1 Pessoas sabiam e não interferiam.
	3.3 Funções desempenhadas pela rede.	3.3.1 Apoio emocional.
		3.3.2 Serviços.

		3.3.3 Regulação social.
4. Rede de relações com os profissionais da US.	4.1 Pessoas significativas.	
	4.2 Características da relação entre idoso e os profissionais da US.	4.2.1 Encontrou ajuda quando revelou.
		4.2.2 Encontrou ajuda apesar de não revelar.
		4.2.3 Buscou e não encontrou ajuda.
		4.2.4 Buscariam ajuda ao sofrer violência.
		4.2.5 Não buscariam ajuda se precisassem.
	4.3 Funções desempenhadas pela rede	4.3.1 Apoio emocional.
		4.3.2 Serviços.
		4.3.3 Guia cognitivo e conselhos.
		4.3.4 Regulação social.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A busca pela compreensão do significado e dos recursos de enfrentamento da violência familiar, na perspectiva de idosos e profissionais no contexto de uma Unidade de Saúde de referência na atenção ao idoso, possibilitou a oportunidade de ouvir distintas vozes no processo de coleta e análise dos dados. Com base na premissa de que a apreensão da realidade se dá por meio das construções realizadas em espaços intersubjetivos e da impossibilidade de neutralizar a presença do observador de qualquer fenômeno estudado, as impressões da pesquisadora se somaram às vozes dos participantes desse processo.

Nesse contexto, privilegia-se o entendimento dos múltiplos elementos e a inter-relação entre eles para que a análise contemple a trama de relações do tema em estudo e dessa forma, caminhe da parte ao todo, refletindo-se sobre o comum e o diferente e suas significações.

A sequência da discussão deste capítulo acompanha a do capítulo anterior quanto às dimensões, categorias, subcategorias e elementos de análise para subsidiar a análise transversal dos dados e ao final de cada dimensão, apresenta-se uma síntese da leitura vertical.

6.1 DIMENSÃO I: O IDOSO NO CONTEXTO FAMILIAR

Esta dimensão contemplou a percepção dos idosos quanto aos fatores relacionados ao bem-estar pessoal e na família, os significados atribuídos à violência de forma geral e à violência familiar contra o idoso, especificamente, bem como as vulnerabilidades, as formas de enfrentamento e as implicações da violência familiar para o idoso.

Categoria I – Reconhecimento do papel do idoso na família e suas necessidades

Esta categoria integra um conjunto de subcategorias que descrevem como os participantes idosos perceberam o seu lugar e suas funções na família e ainda, as necessidades das pessoas nesta etapa da vida. Inicialmente, a subcategoria condizente ao **Estágio do ciclo de**

vida (1.1) abrangeu o reconhecimento das mudanças e das funções relacionadas à atual fase da vida. O idoso como *alicerce da família (1.1.1)*, ocupando o lugar de pessoa de referência, mesmo convivendo com filhos adultos, foi uma condição relatada por quatro participantes.

Aqui em casa eu sou o esteio da família, porque eu tenho minha filha, ela é separada, daí tem essa menina [a neta] que teve o neném. (...) assim de coordenar a casa, hoje nós vamos fazer tal coisa, hoje nós vamos fazer isso, ou hoje é dia de supermercado, ou precisa comprar tal coisa assim. Elas ficam junto comigo fazendo, mas quem resolve sou eu. (Turmalina)

A evolução da família no tempo contempla as transformações recursivas entre indivíduo, família e contexto social. Nesse sentido, a realidade dos participantes indicou as mudanças que ocorrem nas famílias, tanto no que diz respeito à estrutura, conforme apresentado nos dados sócio-demográficos, como no funcionamento indicada pelo presente elemento de análise.

Esse dado corrobora os do IBGE (2007) e de Teixeira e Rodrigues (2009) ao explicitarem as mudanças nos papéis dos idosos nas famílias, provenientes de novos arranjos familiares e de sua condição financeira que lhes permite se manter como responsáveis e chefes de família. Ainda, apóiam as gerações mais jovens com mais frequência do que são apoiados.

A existência de uma *reciprocidade de atenção e afeto (1.1.2)* no cotidiano dos idosos e seus familiares aparece como fonte de satisfação, pois manter-se ativo e participativo possibilita a autonomia e a auto-estima. Entre as responsabilidades que os participantes assumiram na família, surgiu o papel de *cuidadores de pessoas dependentes (1.1.3)*, como netos, doentes ou idosos. Cuidar de outros membros dependentes da família foi indicado como uma atribuição assumida com vistas à manutenção da integridade familiar e oferecimento de apoio, ilustrado nos depoimentos a seguir.

Eu estou correndo com um cunhado que tem enfisema pulmonar e trocando de casa em casa, pois vejo que ele não é bem tratado e tem uma irmã de 75 anos com Mal de

Parkinson e câncer e a outra com uma série de problemas e moram em quitinete e não tem quem cuide. Ontem fui ver mais casas de repouso para ver se achava uma melhorzinha. (Ametista)

Face à crescente expectativa de vida, muitas famílias têm entre seus integrantes pessoas idosas capazes de participar e contribuir ativamente para o funcionamento familiar. Esse envolvimento é cada vez mais comum na criação dos netos e diante da verticalização das famílias O idoso cuidador de outro idoso também está se tornando uma situação frequentemente encontrada.

Essas informações remetem ao posicionamento de Couto et al. (2009) e Guedea et. al. (2006) quando discutem a importância da reciprocidade nas trocas de apoio para aumentar a resiliência e a satisfação com a vida entre idosos. Além disso, a posição dos participantes indica a importância que dão aos vínculos familiares e à família como uma instituição capaz de cuidar e apoiar seus membros, conforme tratado por Cervený e Berthoud (2009).

Por outro lado, mesmo que os participantes mostrassem sua capacidade de participação ativa no cotidiano familiar, mantendo relações igualitárias com os outros membros adultos, relataram as limitações decorrentes do processo de envelhecimento também e perceberam as *perdas gradativas das funções desempenhadas (1.1.3)*. No depoimento que segue, a entrevistada comenta a sua dificuldade em desempenhar as atividades domésticas como fazia quando mais nova e por isso, a filha e a neta assumiram essa função.

Você só lembra que você tem [idade] quando você vê as limitações. Por exemplo, se eu subir aqui neste banheiro eu não consigo descer. Então, eu faço a limpeza do jeito que dá. Mas é só nisso que eu estou dizendo, nas limitações eu acho. Daí você cai na realidade e vê que... Mas não assim de dizer que tem algum complexo, porque tá velha, tá mais feia, engordou. (Turmalina)

Não é apenas o declínio físico que leva às perdas na velhice, mas a velocidade com que as mudanças ocorrem no mundo moderno às quais pessoas, principalmente, as idosas, nem sempre conseguem acompanhar.

O seguinte comentário ilustra uma situação em que o idoso não se sente útil por não ser detentor de um saber privilegiado e por isso, não ser requisitado pelos filhos para transmitir seus conhecimentos.

*Acontece o seguinte, oh, os meus filhos estão cada um numa área de serviço que não tem nada a ver com a minha, **eles não têm nada que perguntar para mim.** Por exemplo, o que é inspetor do banco, ele vai perguntar o que para mim do banco se eu sei mal e mal depositar e sacar. O outro sabe tudo de peça de caminhão Mercedes, fala o número ele sabe a peça e conforme o número até o ano do caminhão, eu mal e mal dirigi caminhão, então ele não tem muito que perguntar. Mas geralmente aos domingos a gente faz churrasco e eu vou. (Topázio)*

O comentário acima é do único participante do sexo masculino. Apesar desta pesquisa não focar as diferenças de gênero e envelhecimento, ressalta-se que a narrativa indica uma maneira diferente dele se integrar às relações familiares.

Essa constatação confirma o discutido por Mattos (2009) quanto às diferenças de gênero na velhice. Enquanto as mulheres se mostraram mais envolvidas em cuidar dos membros mais frágeis e apoiar a geração mais jovem, esse idoso demonstrou maior dificuldade na aproximação com seus filhos adultos.

A subcategoria **o idoso como um outro (1.2)** descreveu os problemas dos idosos fragilizados e dependentes nas famílias, condição com a qual os entrevistados não se identificaram. Contudo, verificou-se que os participantes da pesquisa partilhavam da concepção social que estigmatiza o velho e a velhice, colocando-os como indesejáveis e, na medida do possível, distantes de si. Essa questão se evidenciou no decorrer das entrevistas, uma vez que se formularam as perguntas do mais geral ao mais específico. Observar a opinião dos entrevistados sobre os idosos em geral e depois, sobre o pessoal foi o objetivo desse encaminhamento, o que permitiu que a visão do *eu* e do *outro* fosse recorrente.

O idoso visto como *frágil (1.2.1)* esteve presente em quatro depoimentos em diferentes situações, como ao se abordar a necessidades de assistência à saúde e às condições de atendimento da US.

*Outra coisa que a meu ver deveria mudar, porque é uma US que atende a quase todo o centro da cidade e eu acharia interessante que fosse direcionado só pra idosos e que houvesse uma outra US que atendesse as outras pessoas. Mesmo porque **os idosos, eles são assim mais frágeis** e às vezes nessa mistura, nessa coisa, então, **eles ficam ali**, é muito misturado. Então eu acho que deveria ser uma US basicamente de idosos. (Opala)*

No depoimento a seguir, uma das participantes mostrou-se chocada com o tema da violência contra idosos, mas na sua fala, exemplificou a questão da fragilidade do idoso. Apontou a condição de seu marido, que apresentava declínio cognitivo, no entanto, em nenhum momento se colocou como o possível sujeito, ou seja, o idoso.

*Ah meu Deus! Violência contra a **pessoa idosa que é uma criança!** Aí é muito triste. É muito triste ... Só pode ser porque ele não tem defesa, **o idoso não tem defesa**. Você pode ver que não tem mesmo. **Quando ele sai daqui**, agora ele nem vai mais, eu não deixo mesmo ele ir nem buscar o pão, porque mexeram no bolso dele. (Esmeralda)*

Outra entrevistada, ao refletir sobre a velhice, cita sua mãe, portadora da Doença de Alzheimer e os idosos asilados como referências de “velhos”, excluindo-se dessa condição.

*Então eu às vezes, Deus que me perdoe, mas dizem assim que toda idade tem sua beleza. Eu não achei beleza na velhice, eu realmente, eu sou sincera, não acho. Olhe aqui, tudo o que você fazia você não pode fazer mais. Sabe, as coisas boas da vida passaram e vem a doença, vem o esquecimento, vem a família, vem os problemas, às vezes financeiros, né. A mãe pode, tem condições, é mais atendida, é claro. Mas eu vejo, eu visito asilo, todos os meses eu vou no primeiro sábado do mês, a gente vai fazer visita pro asilo. **Eu**, graças a Deus, **por enquanto não sou idosa**, então tudo é normal. (Ágata)*

O idoso se caracteriza, para três participantes, como aquele que fica *isolado* (1.2.2) na sua casa ou na família. O isolamento foi apontado como consequência da impossibilidade dos idosos de manter diálogo e auxiliar os mais jovens. Estes, por sua vez, estão envolvidos com o trabalho, criação dos filhos, entre outras atividades, condição diferente da postura ativa e participativa assumida pelos depoentes. Também se identificou em duas narrativas, o idoso como um *peso para a família* (1.2.3) quando necessita constantemente, de ajuda e atenção, seja em decorrência do declínio físico ou cognitivo seja pela presença de alguma patologia.

É, a falta de relação, porque o tempo passa minha filha e ninguém tem tempo, às vezes a hora que vai ver, às vezes a gente não tem tempo pra gente e o idoso vai ficando, vai ficando. (Ágata)

Porque velho incomoda, atrapalha. Veja, se eu passo mal eu vou chamar o meu filho, ele ou minha filha precisam deixar o serviço e tem gente que se faz mais incapaz do que realmente é. Isso atrapalha, explora psicologicamente, porque o velho tem muito disso, né? Eu não quero que ninguém faça nada por mim, eu faço tudo sozinha. (Ametista)

Apenas um dos entrevistados, considerou-se idoso, todavia, evidenciou que se sentia diferente dos demais idosos que frequentavam as atividades na US, como ele. Ainda apontou a diferença de idade entre ele e a companheira para afirmar sua jovialidade, como sua narrativa ilustra.

(...) não tenho amizade com ninguém lá. Eles têm aqueles negócios de exercícios, todo mundo fazendo ginástica, programas, eu não participo disso, não tenho paciência. Falei esses tempos para uma professora ‘de velho já basta eu!’ (risos). Ficar no meio dessa gente aí (risos). Minha mulher atual tem 35 anos, eu sou 33 anos mais velho do que ela e vivemos mil maravilhas. (Topázio)

Todos os exemplos descritos acima ilustram o exposto por Debert (2004) e Mercadante (2005) quanto às construções sociais, carregadas de preconceito a respeito do que é ser velho, ou estar na velhice o que conduz a pessoa que envelhece, muitas vezes, a se distanciar desse estereótipo.

A subcategoria **condições para a qualidade de vida do idoso (1.3)** apresentou o parecer dos participantes a respeito dos elementos necessários para os idosos manter seu bem-estar. Entre as respostas, dois participantes salientaram o *acesso à saúde (1.3.1)* como uma condição básica para a qualidade de vida, o que envolve dispor de meios para tratamentos e aquisição de medicamentos. Uma participante isoladamente apontou a *estabilidade financeira (1.3.2)*, todavia, surgiu nas narrativas de outros como uma condição necessária para alcançar aspectos relevantes como a *liberdade para ocupar o tempo livre (1.3.3)* com atividades prazerosas, assinalado por outras duas participantes e, por fim, *atualização (1.3.4)*, como uma forma de manter a proximidade com as gerações mais jovens e evitar o isolamento.

Então o que eu acho que precisa é você ter qualidade de vida e eu procuro ter dentro das minhas posses. Tem uma tia do meu marido que mora aqui perto e ela diz que não se conforma de eu não viajar. Elas viajam muito, fazem excursão. Eu não tenho condições de viajar, tanto financeiramente quanto também de deixar a casa. Eu gostaria de fazer assim uma viagem, mas de ir mais tranquila, ir pra casa das minhas irmãs que moram no interior. Não ter tempo pra voltar, não ter tempo assim que eu digo de ficar um mês, mas no máximo uns quatro ou cinco dias. (Turmalina)

Você tem que acompanhar a juventude, tem que saber conversar com uma pessoa de 12, 15 como com um adulto. Eles falam 'Ah eu vi lá no meu Orkut' e o velho 'Ah, como é que come isso?' (risos). (Ametista)

Esses relatos indicam a preocupação dos participantes em se integrar ao grupo social e familiar e vislumbrar possibilidades de lazer e atualização.

Essas colocações condizem com o exposto por J. L. Silva et al. (1997) quando apontam para os aspectos de continuidade possíveis na fase tardia da vida no que diz respeito a manter interesses próprios, ocupar o tempo livre e traçar perspectivas futuras. Essas preocupações são importantes também para a manutenção das redes sociais na velhice que, de acordo com Sluzki (1997) e Andrade e Vaitsman (2002) tanto afetam a saúde como são por ela afetadas.

Sustentar uma *boa relação familiar* (1.3.5) foi mencionado em três depoimentos como um fator de grande relevância para a conservação da qualidade de vida dos idosos, o que garante um ambiente emocionalmente saudável. Associado ao relacionamento familiar, três participantes fizeram menção às necessidades dos idosos dependentes, como receber *atenção e proteção* (1.3.6). A *tolerância dos mais jovens* (1.3.7) foi considerada em dois depoimentos, como uma necessidade dos idosos frente às deficiências impostas pelo processo de envelhecimento ou pelo respeito ao modo de ser e de viver dos mais velhos, que nem sempre são compreendidos ou aceitos pelos mais jovens.

*Eu aprendi desde criança que o idoso é que nem a criança. A criança precisa de toda a **proteção** da família e o idoso também. Eu fiz pros meus. Fiz o que eu pude fazer pros meus irmãos. O que eu pude fazer pra minha mãe eu fiz. Minha mãe morreu chamando meu nome. (Esmeralda)*

*O que eu acho muito é a **tolerância**. Isso é infalível, a tolerância nas palavras, nos modos de tratar as pessoas de idade. Eu acho que tirar as coisas das pessoas de idade ... Igual, eu tenho minhas coisas e **vem minha sobrinha 'põe no lixo, põe no lixo!'**. (Esmeralda)*

O valor que os entrevistados atribuem à família coincide com os dados da pesquisa de Cervený e Berthoud (2009) sobre a importância que os brasileiros delegam à instituição familiar. Eles indicam expectativa de manutenção dos vínculos familiares, e colocam a família como lugar de proteção e de trocas afetivas. Os participantes dessa pesquisa procuravam amparar as pessoas dependentes da família, demonstravam a perspectiva da família em acolher as limitações de seus

membros mais frágeis, funcionando como um espaço de referência para as pessoas e respeitando os aspectos cíclicos da vida.

Os dados apresentados nessa categoria indicam que os idosos participantes se veem como pessoas ativas e participativas, com saúde e independentes e por isso, não se percebem como parte de uma construção social que significa a velhice como fase de dependência e isolamento. Evidenciaram sua inclusão na dinâmica familiar, percebendo-se nesse depoimento, a reciprocidade nas relações, quando ajudavam os familiares e eram por eles apoiados. O cuidado com os familiares dependentes, como netos e idosos fragilizados, reservava-lhes lugar de reconhecimento e importância nas relações com a família ampliada ou com os filhos ausentes de casa.

Por outro lado, essa categoria também indicou as configurações familiares em ascensão na atualidade, quando o idoso é o provedor financeiro de filhos adultos e netos. Interessante notar que mulheres idosas assimilaram esse papel, diferentemente de outras etapas do ciclo de vida familiar quando o homem aparece como provedor, na maioria das famílias.

A amostra se constituiu predominantemente, de mulheres. Nessa condição, observou-se que o envolvimento com os familiares aconteceu justamente, por elas oferecerem cuidados. Essa tarefa possibilita proximidade e trocas afetivas, já o participante do sexo masculino apresentou maior dificuldade nesse sentido. Os dados apresentados não são suficientes para se tirar conclusões e nem é o objetivo deste trabalho estabelecer diferenças entre gênero e envelhecimento. Porém, indicam a necessidade de se considerar essa questão quando se pretende avaliar as relações familiares na velhice.

Foi possível visualizar diversos aspectos valorizados pelos idosos como: a saúde, a condição financeira, o lazer, manter-se atualizado e ativo e exercer atividades prazerosas. No decorrer das entrevistas pôde-se notar a posição reflexiva de cada entrevistado que, em suas falas explicitaram não somente aquilo que já consideravam ter alcançado, mas as percepções sobre a sua posição na vida, as expectativas e preocupações quanto ao momento atual e ao futuro, em certas circunstâncias, ainda idealizado. Entre as expectativas em relação à família o cuidado despontou como um valor, exemplificado pelo cuidado com os filhos adultos, ainda presente na vida de algumas entrevistadas. Mesmo não se considerando dependentes, explicitaram a

expectativa de que a família cuide, proteja e tolere as limitações de seus idosos, posição consonante com J. L. Silva et al. (1997) ao refletirem sobre a necessidade de a família proporcionar um espaço para o envelhecer de seus membros.

Categoria II – Significados atribuídos à violência e à violência familiar contra o idoso

Esta categoria discutiu o processo de formação de imagens, ideias e pensamentos sobre a violência de forma ampla e a violência familiar contra o idoso em particular. Incluiu considerações sobre acontecimentos sociais e análise de experiências pessoais.

A subcategoria **percepção de diferentes tipos de violência (2.1)** assinalou como os idosos explicaram a sua compreensão da palavra violência. A *violência física (2.1.1)* foi mencionada por todos os participantes que a ilustraram com diversos exemplos e, apesar, de no início definir a violência como agressão física, frequentemente externavam clareza em relação à existência de outros tipos de agressão. A violência física apareceu como ponto de partida para esclarecerem o significado de violência, porém a *violência verbal ou psicológica (2.1.2)* foi apontada por oito participantes como tanto ou mais danosa.

As entrevistadas, ao explicar o significado de violência, fizeram os seguintes relatos que contêm exemplos de violência física, entre eles, o estupro, que pela tipologia da OMS, corresponde à *violência sexual (2.1.3)*.

Ah, a violência, tem a de forma verbal, não seria necessariamente de forma física. Às vezes o próprio familiar não respeita, não trata como o idoso deveria ser tratado. É violência, é tudo aquilo que agride a pessoa, que leva a pessoa a ficar triste, ficar chateada com isso. (Opala)

Violência é a pessoa fazer maldade, matar, fazer as coisas erradas, as coisas ruins. Semana passada você viu o que aconteceu? Um pai furou os olhos do menino filho dele... Pois é, então, isso não é um absurdo? Violência. Pois é... Então é isso aí... Tem assim estupro que seja uma violência,

*ou... Muita coisa assim que a gente vê. Até assim maltratar uma pessoa é uma violência, porque isso aí é uma ignorância, já pensou? Fazer isso. Mas violência que eu acredito que seja é **bater, estuprar**, fazer essas coisas. (Alexandrita)*

Exemplos de *violência comunitária* (2.1.3), como o aumento da criminalidade e de assaltos nas cidades, o desrespeito dos mais jovens em relação aos idosos nos transportes coletivos e a violência no trânsito, também foram nominados por quatro entrevistados como meio de significar a palavra violência.

O seguinte depoimento serve de exemplo,

*Ah, não tem nem como explicar, né. Porque a violência tá tão variada que você não sabe como. Você sai na porta ... Meu marido anda devagar, se arrastando, não é por causa da doença, ele anda se arrastando porque ele foi assaltado três vezes. E uma vez ele foi **assaltado** aqui na frente da porta. Ele vinha chegando da padaria e eles não sabiam que ele morava aqui. Dois rapazes, **um pegou ele assim pelas pernas e o outro foi examinar**. ‘Não se mexa, não grite, não reclame que nada te acontece’.’’ (Esmeralda)*

Percebe-se que o entendimento inicial associado à palavra violência diz respeito às ações que causam primeiramente, dano físico ao outro, e depois, dano psicológico. Entretanto, as falas envolvendo outras formas de manifestação da violência, como a sexual e a comunitária, remeteram implicitamente, à imagem de um dano corporal. A violência física também apareceu como contraponto para a ampliação do significado original, ou seja, empregaram essa denominação para esclarecer que ela não causa somente danos físicos, mas também, psicológicos ou em outras áreas. Dessa forma, o significado de violência, mesmo se relacionando a diferentes manifestações, ancorou-se nas agressões física e psicológica.

Pesquisadores que averiguaram a concepção de violência entre idosos usuários do sistema básico de saúde como, Machado, Gomes e Xavier (2001) e M. J. Silva et al. (2008), encontraram em referências iniciais as formas de violência estrutural, institucional e/ou comunitária,

com presença irrelevante de questões familiares. Na primeira pesquisa, a violência familiar foi inclusive, pouco salientada.

Diferentemente, na presente pesquisa, entre os exemplos disponibilizados pelos idosos, constaram violências sociais, comunitárias e violência familiar e abordaram aspectos envolvendo violência estrutural e institucional. Essas diferenças podem indicar que a metodologia utilizada e os objetivos estão provavelmente implicados, já que os estudos anteriormente citados utilizaram grupos focais. Essa escolha possivelmente dificultou ou atrasou comentários de questões pessoais. Outro dificultador é que ambos buscavam a concepção de violência contra idosos de forma mais ampla, enquanto o presente estudo enfoca a violência familiar. Outra hipótese a se considerar sobre essa diferença é que no decorrer das entrevistas desta pesquisa, parte dos idosos admitiu ser vítima de violência familiar, diferentemente dos outros estudos em que os idosos não sofreram atos de violência.

A subcategoria **descrição de comportamentos de familiares em relação ao idoso (2.2)** descreveu como os participantes percebem as agressões contra os idosos nas relações familiares. A *agressão física (2.2.1)* foi a mais indicada pelos participantes, geralmente, fazendo referência ao idoso fragilizado física e mentalmente, como nos exemplos a seguir.

*Isso a gente está vendo direto na televisão. Quantas vezes aparece, as pessoas estão filmando e as **pessoas batem no sujeito** com Alzheimer, Parkinson, que nem entende mais nada, gente com 80, 90 anos, eles **batem, dão soco**, já viu na televisão? Isso é um absurdo. (Topázio)*

Ao comentar sobre o asilamento da pessoa idosa, o depoimento a seguir enfatiza os maus-tratos físicos praticados em certas instituições.

*Esses filhos que põe lá em orfanatos, em clínicas particulares, que **batem, maltratam, judiam, chegam até morrer**, né. Essa parte aí que eu acho que é violência para o idoso e bastante, né. (Pérola)*

A *agressão verbal* (2.2.2) foi citada nas entrevistas por meio de diferentes exemplos de maus-tratos verbais dirigidos aos idosos, como o falar de forma ríspida ou expressar conteúdos que abalam psicologicamente o idoso.

*Ah, eu acho muito ruim, muito ignorante essa pessoa, **porque a pessoa de idade é muito frágil**. Como é que vai lutar com uma pessoa, se defender? (...) Às vezes nem entendem se vem uma pessoa assim e **fala meio grosso com eles, meio bravos assim**, então eles ficam frágeis, **eles não sabem o que responder**. (Alexandrita)*

Os tipos mais recorrentes de violência física e psicológica contra os idosos, indicados pelos participantes coincidem com os descritos na literatura. As narrativas também evidenciaram que os diferentes tipos não podem ser categorizados isoladamente, pois, geralmente aparecem associados (Kruh et al., 2002; Minayo, 2006).

A *negligência ou abandono* (2.2.3) foram apontados por três pessoas como atitudes violentas dos familiares em relação aos idosos e notou-se que os dois termos apareceram indistintamente nas falas dos participantes.

Para Minayo (2006) a negligência com a pessoa idosa se caracteriza como recusa ou omissão dos cuidados necessários dispensados pelos familiares ou responsáveis institucionais. O abandono, por sua vez, representa a ausência ou deserção dos mesmos, compreendido como uma diferença de grau entre um tipo e outro. Ao mencionar a falta de cuidados, observou-se um certo titubeio ou incerteza inicial, por parte de alguns entrevistados, em apontá-los como uma forma de violência, por configurarem situações sem agressões físicas ou verbais como nos casos anteriormente apontados.

O seguinte entrevistado iniciou seu depoimento falando da violência física a que os idosos dependentes estão sujeitos e na sequência, ampliou seu discurso e assinalou o isolamento ou descuido, compreendido como negligência dos familiares, ao não atenderem a necessidade de atenção dos idosos.

(...) É só quando é problema de gente doente que eles maltratam assim para valer. Quando a pessoa está saudável,

*não vou dizer que tenha agressão, mas tem o desprezo, né. A pessoa fica num canto lá e ninguém dá bola. Isso é o que acontece muito no dia-a-dia, é desprezo, **que não deixa de ser uma violência**. Não deixa de não ser uma violência ... (Topázio)*

A participante a seguir aponta a negligência de um dos filhos de uma amiga sua, que no seu entender, deixa a mãe passar por privações financeiras. Apesar do conteúdo de sua fala corresponder à negligência, enquanto um dos tipos de violência contra os idosos descritos na tipologia da OMS, no seu depoimento é nomeada como abandono.

*Eu vejo essa minha amiga, **não é violência**, mas o abandono que ela tem. É viúva, tem dois filhos e um faleceu. Mas esse que é advogado, isso e aquilo, pouco se importa com a mãe. Ele dá uma ajudazinha, não quero dizer que não dá. Mas a ajuda dele é um real. (...) **É uma violência**. Abandona ela, ela chora ‘faz três semanas que não vejo meu filho, que não sei do meu filho’, com dez telefones ali na mesa dele. Essa é **uma violência muito grande**. (Esmeralda)*

Três participantes entenderam que a retirada da autonomia (2.2.4) é uma forma de violência quando os familiares não respeitam a capacidade do idoso em gerenciar a própria vida, como ilustrado a seguir no comentário de Esmeralda, sobre suas amigas.

*Essa outra também tem dois anos menos e essa outra tem a minha idade, mas essa tem a independência dela, tem o dinheiro dela, ela trabalhou, está aposentada, não é fortuna, mas dá pra ela viver. Mas também reclama dos mandões que querem mandar nela, **‘todo mundo quer mandar em mim, todo mundo quer que eu faça isso, todo mundo quer que eu faça aquilo**, como é que eu vou fazer tudo que os outros querem? **Eu tenho que fazer aquilo que eu quero e que eu posso.**’ É assim mesmo e cada vez vai ficar pior. (Esmeralda)*

A autonomia garante ao idoso a possibilidade de se autogovernar, a liberdade individual, a privacidade e a livre-escolha (Neri, 2001). Conforme apresentado na categoria precedente, é uma condição fundamental para garantir o exercício de funções e a reciprocidade nas relações com os integrantes da rede social. Portanto, faz sentido que, ser privado de exercer a autonomia foi considerado violência contra os idosos.

O *desrespeito dos netos* (2.2.5) surgiu na fala de uma das participantes que denota casos de conflitos intergeracionais.

*(...) Então a gente vê **netos que não respeitam os avós**, não é o meu caso por que eu não tenho netos ainda, mas a gente ouve. Inclusive ontem eu tive uma audiência com a juíza, a respeito do meu filho, e uma das reuniões, lá, foi falado sobre isso, sobre os maus tratos com os avós, com os idosos, eles dizem que tem uma grande incidência de avós que tem procurado o serviço, de violências domésticas, pra pedir ajuda. (Opala)*

Santos et al. (2007) confirmam essas ocorrências e ressaltam que os netos despontam como agressores e homicidas de seus avós. Reafirmam assim, a violência que ocorre nos lares, principalmente, quando os netos dependem deles financeiramente.

Os comportamentos de familiares descritos pelos participantes como violência contra o idoso, incluíram as agressões físicas e psicológicas, como também o abandono, a negligência, o desrespeito dos netos e a exclusão da autonomia dos mais velhos. Essas informações apresentam pequenas variações entre os estudos sobre a concepção de violência contra os idosos por pessoas também idosas.

Machado et al. (2001) citaram o abandono, a falta de atenção, desrespeito dos netos e abuso financeiro. Flanders (2006) apontou a negligência psicológica, o abandono e o abuso físico como as violências mais citadas por idosos. M. J. Silva et al. (2008), descreveram a violência física e psicológica e conflitos entre idosos e seus netos, como principais violências referidas pelos idosos. Araújo e Lobo F.º (2009) encontraram expressões como abandono, desrespeito, negligência e agressão física entre as explanações de idosos acerca da violência familiar.

Torna-se importante assinalar que, assim como descrito anteriormente na subcategoria 1.2, os exemplos de violências sofridas dizem respeito a outro idoso, aquele mais frágil e dependente e não àquele que fala, mesmo que posteriormente admitisse ser vítima de algum tipo de maltrato. Esse aspecto também é observado no estudo de Machado et al. (2001) e discutido por Rifiotis (2006), quanto ao entendimento de que a violência está sempre “no outro”, o que dificulta visualizar ou assumir as violências de sua autoria como também as sofridas, assunto que será retomado adiante.

Cabe observar que os primeiros elementos de análise da subcategoria discutidos repetem a concepção apresentada na subcategoria anterior (2.1), ou seja, quando convidados a falar sobre a violência contra o idoso especificamente, os comportamentos descritos inicialmente, partem da ideia central de violência física e psicológica.

De acordo com Gergen (2009), os significados se constroem nas relações sociais e demandam a presença do outro para haver a suplementação dos significados. Nesse viés, detectou-se na fala dos participantes, referência à discussão com outras pessoas do seu círculo social, de casos de violência física contra idosos dependentes, veiculados pela televisão com repercussão na mídia local. Esse meio de comunicação é considerado um mediador das relações sociais, na medida em que os assuntos abordados nos noticiários são frequentemente debatidos nas conversas entre familiares e conhecidos. Em relação ao tema desta pesquisa, pode-se inferir que a televisão, ao mesmo tempo em que alerta sobre a existência da violência familiar e orienta sobre medidas cabíveis, contribui para reforçar o conceito de violência, associado às agressões físicas contra idosos fragilizados.

Em contrapartida, quando os entrevistados encontraram espaço na conversação, possibilitou-se a ampliação dos significados. Esse fato se observou nos exemplos (2.2.3) em que inicialmente, apresentaram novos significados manifestando incerteza quanto à sua credibilidade, mas, após a concordância da entrevistadora, imprimiram um tom de certeza ao enunciado.

Gergen (1996) explica essa colocação ao assumir que os significados estão sujeitos à reconstituição contínua através da expansão do domínio da suplementação, isto é, os significados mantêm-se como uma realização temporária, sujeitos a acréscimos e alterações concebidos por meio de significações suplementares.

A subcategoria **avaliação da experiência vivenciada na própria família (2.3)** discutiu o significado da violência familiar contra o idoso a partir do julgamento do entrevistado das experiências vividas nas suas relações com os familiares. Entre os nove entrevistados, seis apresentaram a *situação avaliada como violência (2.3.1)*, exemplificada nos seguintes depoimentos:

(...) Eu sei porque eu vivi isso dentro de casa. O meu ex-marido me agredia moralmente, verbalmente de tudo que você possa imaginar. (...) (Ametista)

E outra vez eu não sei por que também ele [ex-marido] me agrediu e eu não sei por que foi, essa parte eu não me lembro, por que ele foi de novo assim e começou a me sufocar, e nisso as crianças entraram (...) (Ágata)

Sim, eu já sofri agressão, né, da parte deles [filhos], tanto é que eu resolvi me mudar e ficar sozinha pra ter maior liberdade. Eu já tive envolvimento com polícia, tanto é que agora precisei prender o meu próprio filho, solicitar a ajuda da polícia, por que ele chegou drogado, embriagado, quebrou a porta, entrou e tal ... então, a gente passa por essas dificuldades. (Opala)

Ele [filho] já me bateu. Por causa do que? Por causa da bebida. Quando ele sai da bebida, mas agora ele não bebe mais, mas era uma pessoa carinhosa e tudo, mas eu já sofri com ele. Já... nem podia dormir de noite. Deus me livre! (...) Ele e ela [nora] também. Não me deixavam dormir, levantavam a cama para cima e largava no chão e eu deitada em cima. Se fosse pra eu te contar eu tenho uma novela. (...) Ela também, me dava tapa assim nos ouvidos. (...) (Alexandrita)

A violência física, isso não existe aqui, não. Graças a Deus, de jeito nenhum. A sutil, só quando ele [filho] está muito bravo, aí eu me tranco no quarto, é só isso. (...) (Safira)

Um dos participantes negou, ao longo da entrevista, haver qualquer violência na sua família, mas no final, ao encerrar o encontro, ele comentou:

*Ah ... **para não dizer que eu achei que isso foi violência**, foi o que um sobrinho fez, sou padrinho dele, chegou um dia: ‘tio, me ajuda, podia me avalizar para comprar um carro?’ largou tudo para mim pagar. (...) **Isso aí é violência. Olha a sacanagem**. Teve coisa que eu não paguei, não tinha de onde tirar para pagar. Assinei ... e teve coisa que eu comprei no meu nome para ele, **e ele sumiu e largou tudo nas minhas costas**. Esses dias mesmo eu acabei de pagar um troço no cartão, fiquei dois anos pagando conta dele. (Topázio)*

Ao relatarem suas experiências pessoais de violência familiar, os entrevistados não as relacionaram à sua condição de idosos, o que se agrega ao anteriormente apresentado de o significado de idoso os remete às pessoas de idade mais avançada, fragilizadas e dependentes impedindo-os de fazer associação consigo. Outro aspecto relevante é que como já vivenciavam a violência nas relações familiares há anos, não associavam essa experiência à fase de vida, inclusive, duas participantes relataram a separação de seus companheiros agressores por violência conjugal.

Dessa forma, é possível compreender porque ao serem questionados sobre a violência familiar contra o idoso não a relacionaram às próprias experiências imediatamente, pois ainda não se incluíam no assunto em questão. Como pessoas capazes de gerir a própria vida, não se adequavam aos significados atribuídos aos idosos, tampouco, a sua experiência familiar na categoria “violência familiar contra o idoso”.

A única exceção foi o participante que sofreu um episódio de abuso financeiro já na velhice e narrou o fato da seguinte maneira:

***Olha essa do meu sobrinho** aí, se eu fosse no MP, com o código do idoso ele ia se lascar, porque isso aí ... tem um termo jurídico aí ... ele usou de má fé, **passou o idoso para trás**.(...) (Topázio)*

Outras três idosas *não avaliaram a situação como violência* (2.3.2) e uma, reconheceu um tipo de violência sofrida e outro não. No primeiro caso, a participante ao longo da entrevista, demonstrou o seu descontentamento pelo fato de a sobrinha, que morava na casa ao lado, não respeitar o seu desejo de manter objetos e pertences que considerava úteis ou lhe traziam recordações do passado. Comentou que a sobrinha não compreendia e não respeitava seu modo de viver, por isso, a entrevistada lutava para manter a sua autonomia dentro de casa. Ao falar sobre o significado de violência comentou sobre os familiares tirarem a autonomia dos idosos, citando exemplos de amigas suas, que passavam por isso. Quando questionada se em alguma situação ou momento sentiu sofrer algum tipo de violência ela negou e esclareceu que em sua família não existia violência e ao fazer menção à violência física, comentou:

Não, graças a Deus, não. Minha família, minha mãe nos criou sem pai, porque o nosso pai faleceu eu tinha um ano e oito meses. Minha mãe criou no duro mesmo, mas criou todos direitinho. Minha mãe nunca bateu nos filhos. Ela falava e os filhos obedeciam porque ela estava falando uma coisa certa. Mamãe não mentia. (Esmeralda)

Ao ser questionada sobre os acontecimentos do presente e as atuais relações familiares também negou sofrer qualquer tipo de violência e não mencionou o fato de sentir que lhe tiravam o poder de decisão. Também não fez qualquer referência à insuficiência de cuidados recebidos dos familiares, uma vez que ela e o marido sofriam visíveis limitações físicas, o que caracterizaria a situação como negligência familiar, motivo pelo qual seu caso foi sugerido por profissionais da US para a presente pesquisa.

A fala a seguir, ilustra o posicionamento de outra entrevistada que ao responder sobre o significado de violência, complementa a frase com o comentário de que o filho a agredia verbalmente, mas no seu entender isso não era violência.

Da parte dele não, eu acho, eu fico sentida e magoada, por que ele não tem respeito por mim, aonde a vida toda eu corri, paguei as contas dele, a vida toda eu paguei conta dele, ele ganhava era só pra comprar livro. (Pérola)

A entrevistadora reformulou o questionamento sobre se essa situação se caracterizava, ou não, como violência. Ela então, deixou clara a sua concepção de violência.

Não, aí se ele me agredisse, me batesse seria, pra mim seria uma violência. Mas quando ele diz esses horrores só falta eu me deitar e dizer que quero morrer, porque eu fico abalada (...) Então pra mim, não seria violência, mas seria uma coisa que me magoa profundamente e me tira dez anos de vida. (Pérola)

A terceira entrevistada que negou ser vítima de violência foi indicada como uma possível participante desta pesquisa por ser responsável financeiramente por uma filha adulta, por uma neta adolescente e por um bisneto recém nascido. No entender da agente comunitária que a encaminhou, havia uma situação de exploração financeira, que poderia ser caracterizada como violência. Mas, para Turmalina a sua situação de vida tinha outro significado, como sua fala esclarece:

Eu tenho a minha própria vida. Quer dizer, eu me prendo, como eu estava te falando, por causa do neném, porque eu cuido dele de noite. Mas eu faço isso espontaneamente, faço porque eu quero e não porque elas me obriguem. A partir do momento que me obrigassem talvez eu não fizesse. (...) (Turmalina)

Ao discorrer sobre o que entende por violência, exemplificou com a sua relação com a filha, assumindo que havia alguns conflitos entre elas, como segue.

Violência é também quando a pessoa discute, às vezes se você diz uma coisa e a pessoa retruca com outra na mesma altura. Então eu procuro evitar, quando tem esse tipo de violência, vamos dizer. Mas aí é uma coisa assim passageira. Ela também já se arrepende, já vem me pedir coisa. E às vezes eu também digo pra ela que ela deveria

procurar um lugar pra morar. Mas o que mais interfere agora é o neném, eu sinto assim que ela tem ciúme da criança. Então ela acha assim ‘ah, você não deve fazer isso, porque quem sabe sou eu, eu que sou a avó do neném’, é uma questão de ciúmes. (Turmalina)

Segue um trecho do diálogo entre entrevistadora e entrevistada sobre a concepção da participante em relações a situações em que há violência nas relações entre familiares.

*T: Ah, quando **bate** um no outro, não é assim?*

P: Quando chega ao ponto de ser uma agressão física?

T: É.

P: Se for só verbal, se for só falar coisas um pro outro não?

*T: Não, também é violência. Agora, quando é **agressão física aí é grave**. E como existe! Filho que mata a mãe, um monte de coisas.*

Entre as entrevistadas que negaram sofrer violência, a senhora Safira vivia em um apartamento com um filho dependente químico, que segundo ela, era agressivo quando se encontrava sob efeito de drogas. Safira possuía mais um filho que influenciado pela esposa, achava que a melhor solução seria a venda do apartamento, assim a afastaria do filho agressor. O filho dependente químico também a pressionava, pois achava que seria uma forma de dispor de algum capital, uma vez que passavam por dificuldades financeiras naquele momento. A possibilidade de venda do apartamento era fonte de angústia para Safira, pois os filhos falavam na venda mas, não onde e como viveriam depois de concretizá-la. Ao ser interrogada sobre sofrer algum tipo de violência, ela admitiu a violência psicológica, conforme foi ilustrado na subcategoria acima (2.3.1) mas, não fez nenhuma menção à violência financeira.

A partir desses exemplos deduz-se que, o fato de o significado de violência se apoiar na ideia de agressões físicas e psicológicas, impede que os idosos visualizem outras condições que também poderiam se caracterizar como tal. No caso de Pérola, o significado estava restrito à violência física, o que não lhe permitiu nomear sua experiência como violência psicológica.

Nesse sentido, Gergen (1996) afirma que os suplementos atuam tanto para criar como para restringir o significado. Assim, quando um significado em comum é construído, se restringem as possibilidades de nova significação. Se violência é agressão física e/ou psicológica, os demais fatores capazes de causar danos ou sofrimento às pessoas ficam obscurecidos.

O não reconhecimento da violência como tal, mesmo que as situações vivenciadas sejam geradoras de sofrimento, impede as pessoas de buscar uma solução ou um enfrentamento mais efetivo. Além de dificultar o enfrentamento, a naturalização dessas situações pode ser a consequência, pois, o idoso encontra uma explicação que justifica e dá um sentido para a violência sofrida, assuntos que serão discutidos posteriormente, neste trabalho.

Esses exemplos ilustram também a dificuldade de se objetivar e definir os casos de violência, já que estão em constante construção e significação (Rifiotis, 1997), tanto pelos indivíduos que a sofrem como pelos membros da sociedade. Nesses casos, as situações vividas pelas idosas foram interpretadas como violência por parte de pelo menos, um profissional de saúde, mas não pelas idosas, o que leva ao questionamento de como é possível atuar profissionalmente nessas condições.

Essa categoria, sinteticamente, evidenciou que o significado de violência, tanto de forma geral como a violência contra os idosos, está alicerçado na ideia de agressões física e psicológica. A partir dos conceitos centrais, o significado se ampliou ao longo das entrevistas, indicando diversos comportamentos de familiares, considerados inaceitáveis e contrários aos valores de família e de suas expectativas, levando à significação de violência familiar contra os idosos. Portanto, consideraram violência privar o idoso de sua rotina de vida que lhe confere autonomia. Essa constatação denota a importância que atribuem a essa condição. Outro tipo de violência é o desrespeito dos netos, uma vez que a reciprocidade de atenção e cuidados foi por eles valorizada. Da mesma forma, denominaram violência abandonar ou negligenciar o idoso quando se torna frágil e dependente, pois esperam que a família ofereça cuidados quando o idoso se apresenta nessa condição.

As diferentes formas de expressão da violência foram sempre descritas como negativas e sofridas pelo idoso frágil e vítima da situação, independente dos motivos e condições dos familiares. Elas

reproduzem as construções sociais desse tema que polarizam os atores da violência em *vítimas* e *agressores* (Osório, 2001) e alimentam expectativas pessoais quanto ao desempenho da família no cuidado aos idosos dependentes.

Quanto as experiências de violência familiar, situações de negligência, perda de autonomia, abuso psicológico e financeiro não foram identificadas ou facilmente assumidas por alguns participantes. Isso demonstra a relação entre as regularidades e os consensos construídos socialmente em torno dos significados. Observou-se que entre os entrevistados houve certa concordância de que a violência gira em torno de abusos físicos e psicológicos. Uma vez estabelecidos os consensos acerca do significado de violência, simultaneamente, outras possibilidades de significação foram restringidas, o que impediu o reconhecimento de diferentes formas de abusos sofridos.

Assim como o significado de violência se ancorou nas manifestações físicas e psicológicas, o significado de violência contra o idoso se materializou na ideia do idoso frágil e dependente. Nesse sentido, os participantes, quando avaliaram suas relações familiares e apontaram as violências sofridas, não as relacionaram ao fato de serem idosos. Sendo assim, os novos significados construídos no diálogo com a entrevistadora, não foram suficientes para relacioná-los às próprias experiências, uma vez que não se viam como idosos frágeis e dependentes.

Categoria III – Aspectos potencialmente geradores de violência familiar

A categoria acima retratou as variáveis individuais ou contextuais que interferem no aumento da vulnerabilidade do idoso à violência familiar, na opinião da amostra. A subcategoria **avaliação do idoso como um outro (3.1)** mostrou a opinião sobre os fatores capazes de levar à violência familiar contra os idosos mais frágeis e dependentes de cuidados, realidade que não coincide com a dos participantes.

A *intolerância dos mais jovens com o idoso (3.1.1)* emergiu nos depoimentos de quatro entrevistados e foi compreendida como a expressão de várias questões envolvendo o relacionamento familiar multigeracional, que se não resolvidas, potencializam a ocorrência da violência.

*É porque de certo **eles não têm paciência com o idoso**. Pode ser porque o idoso quer uma coisa e eles não querem dar, ou o idoso também muda o jeito deles agirem. **Tem idoso que fica birrento** (risos). Então eu acho pra mim que, tem tanta coisa que acontece... e eu acho assim que as pessoas, os **familiares não tem paciência com isso**, porque de certo eles acham que... ai meu Deus! É... que eles estão estorvando. (risos) **Eles acham que eles estão estorvando, que se não tivesse aquela pessoa idosa perto deles eles eram mais tranquilos, não tinham preocupação**. Eu acho que é isso. (Alexandrita)*

*Sabe, no idoso, a gente tem que entender o seguinte, é uma pessoa que já sofreu, já passou, já teve dificuldades de todo tipo, né, então ela tem que ser tolerada, só que a intolerância, a intolerância tá se expandindo na humanidade, nem é só com o idoso, às vezes no trânsito não matam? Então a pessoa idosa ela, vamos dizer assim, ela sai um pouco de órbita, sai, eu digo, sai da caixinha. **Se quem ta atendendo não tiver tolerância, o culpado não é o idoso, por que o idoso não se modifica, minha filha**. Um galho de uma árvore que ta torto quando ele é novo, você pode por uma estacazinha e ela fica, mas depois que ela atinge um certo patamar, nem que você queira, só matando, só quebrando e quebrando morre. Então **quem tem que se modificar somos nós, que é o caso com a minha mãe, eu que tenho que entender, eu que tenho que aceitar, nós que temos que aceitar**. (Ágata)*

Krug et al. (2002) e Collins (2006) apontam para algumas características de personalidade de idosos que os fazem mais vulneráveis à violência, como comportamento disruptivo, agressividade e atitudes provocativas. Já os entrevistados assinalaram outra direção, referente à impossibilidade de mudanças na personalidade das pessoas à medida que envelhecem cuja condição dificulta o relacionamento com os mais jovens. Essas alterações não se relacionam à agressividade ao idoso, mas a questões existenciais ao se confrontarem com a finitude,

traços de personalidade mais cristalizados e lentificação no pensamento e movimentos corporais.

A *desconsideração das contribuições dos idosos (3.1.2)* foi indicado por quatro pessoas, ao se referir a situações em que os familiares omitem o que foi realizado pelos idosos ao longo da vida, principalmente, em relação à dedicação dispensada à família no passado. Essa atitude macula o ideário da família como um espaço de cuidados e atenção recíprocos, assim como o desrespeito à condição cíclica da vida familiar, na qual, pais cuidam dos filhos para ter um dia o cuidado desses filhos.

As seguintes narrativas ilustram essas informações,

É ... passou a vida inteira se dedicando à família e daí chegar no final receber uma coisa assim ... (Turmalina)

*Ta difícil? Há dificuldade? Há dificuldade, claro, mas no caso da mãe, quando eu era bebê, **quantas noites ela passou cuidando de mim, limpando e dando banho e amamentando e com dificuldades em tudo?** E agora chegou a minha vez, não tem pressa. (Ágata)*

O *aumento da dependência do idoso (3.1.3)* em relação aos familiares foi citado por um participante, como no relato abaixo.

Depender também, vamos dizer, no caso de uma doença. Como se diz, a pessoa não pode falar, não pode perguntar.
(Turmalina)

A fala acima confirma o que Moraes et al. (2008) e Gonzáles & Zinder (2009) observaram de que a violência física ocorre em proporções maiores entre os idosos que apresentam mais patologias, perda de autonomia física ou cognitiva e demandam mais cuidados. Essa condição do idoso se associa ao aumento de estresse e depressão do cuidador e à maior possibilidade de ocorrerem violências, assunto que é amplamente discutido na literatura (Krug et al., 2002; Perez-Royo et al., 2009; Wang et al., 2009; Cooper et al., 2010; Wigglesworth et al., 2010). Apesar de se computar só uma citação direta desse fator, foi comum, no

decorrer das entrevistas, a menção à vulnerabilidade dos idosos que apresentam perdas físicas e/ou cognitivas.

Um entrevistado considerou *o entorno social* (3.1.4) em que a família se insere como responsável pela ocorrência de violência contra o idoso.

*É a **pobreza**, é a **falta de dinheiro**, vira tudo essas violências. A questão social. Vai num âmbito de gente rica e vê se tem isso. Não tem, porque é outra história. Agora no meio de ... vai numa **favela**, é só **violência**. É a categoria social.*
(Topázio)

As diversas formas de violência estrutural a que as famílias estão sujeitas, principalmente, as que vivem em áreas de risco social, são apontadas como um fio condutor para as violências familiares (Krug et al., 2002; Ministério da Saúde, 2005), confirmando a opinião do entrevistado. Por outro lado, a fala do participante demonstra que compartilha de uma crença popular que não se confirma em estudos científicos, de que a violência não ocorre em famílias das camadas sociais médias e altas.

A subcategoria **avaliação das experiências pessoais** (3.2) descreveu a análise feita pelos participantes quanto aos fatores, em suas próprias relações familiares, que levaram à violência. A *história de violência na família* (3.2.1) foi indicada por três pessoas como um fator relacionado às ocorrências atuais de comportamentos abusivos. O depoimento que segue demonstra a constatação de uma das participantes que sofreu violências em sua família de origem e, na relação conjugal. Ela observou que a violência também estava presente na família do marido.

*Depois eu vim também de uma família muito violenta, pra mim meio que era normal. A minha mãe batia muito na gente e não era de mão, era de pau, do que aparecesse na mão. Então você acaba ficando em dúvida sobre o que é certo e o que é errado, né. Depois vendo que o irmão [do marido] fazia a mesma coisa com a mulher e o outro a mesma coisa, **cheguei a conclusão que era de família**.*
(Ametista)

Cada relação na qual se detecta violência tem suas peculiaridades. No seguinte depoimento, a entrevistada relata que o marido quando alcoolizado, maltratava fisicamente o filho, como consequência, entende que este se tornou alcoolista e violento por seguir o modelo do pai.

*Meu marido já morreu disso aí, de bebida, mas ficou meu filho aprendendo com ele, depois ficou bebendo. O que mais acontecia era que **ele [o pai] era muito ruim demais com esse meu filho.** (Alexandrita)*

A aceitação da repetição do padrão de violência nas famílias também apareceu entre pessoas que não passaram por essa experiência, sugerindo a compreensão social, de que os conflitos atuais entre pais e filhos são reflexo direto do modo como os pais criaram os filhos, como no relato a seguir.

***Tem filho que maltrata pai, mas se a gente for voltar no tempo vê o que esse pai era para esse filho.** Os meus filhos ... foi na época que eu ganhava muito bem, eu ia para o supermercado e cada um saía com um carrinho. Passavam no caixa e eu pagava tudo que eles pegavam. Então os filhos desse jeito não tem como ficar magoado com o pai ou com a mãe. Agora tem uns **pais que judiam dos filhos**, que não era o meu caso, sempre tratei eles bem. (...)(Topázio)*

A opinião dos participantes de que a violência é um padrão de interação com probabilidade de repetição nos relacionamentos afetivos e passível de transmissão transgeracionalmente nas famílias, é confirmada por pesquisadores da área (Perrone & Nannini, 1997; L. L. Silva et al., 2007; Gomes et al., 2007; Collins, 2006; Santos et al., 2007; Coelho & Caponi, 2007; Antoni et al., Barone & Koller, 2007; M. A. Silva et al., 2009).

Destaca-se que, apesar da constatação de que famílias com história de violência tendem a repetir o padrão, não se pode determinar a sua ocorrência, pois, a repetição da violência não é o único caminho admissível. Walsh (2004) confirma esse posicionamento em estudo sobre a resiliência familiar. No mesmo sentido, Azambuja e Nogueira

(2009) criticam o determinismo impresso por pesquisadores ao analisarem as repetições nas relações familiares.

Nas narrativas acima consta que a violência contra a mulher e também crianças, de acordo com a literatura, é perpetrada principalmente, pelo homem como resultado da ideologia do machismo que naturaliza sua ocorrência nos lares, conforme discutido por Alberdi (2005) e Cantera (2007). Sendo assim, indicam que as violências sofridas por mulheres idosas nas famílias podem ser consequência dessa forma de violência que se estende à velhice, na relação conjugal ou na relação com os filhos.

Três entrevistados indicaram *a presença de dependentes químicos* (3.2.2) na família como geradora de violência contra idosos.

*Eu acho porque quem sou eu pra julgar e tal, **seria a bebida e as drogas**, que daí os idosos, eles padecem. Maltratam e judiam, é o que faz eles ficarem loucos, loucos, né. (Pérola)*

*Eu acho assim que principalmente em decorrência dos **vícios, drogas, alcoolismo**, hoje tá muito comum isso aí, né. (...) Na verdade o pai deles já era dependente químico. Eu vivi só 8 anos casada e me separei e eles a partir dos 12, 13 anos começaram também, por que o pai já dava bebida pra eles, sabe, em casa quando eles eram pequenos, sabe, fazia uma caipirinha e tomava com os filhos, embora eu sempre fosse contrária a isso. Mas aquela **ideia de que os filhos são machos, tem que ser como o pai, tem que começar desde cedo, tem que mostrar que é macho.** (Opala)*

Familiares abusadores de álcool e drogas fazem parte do perfil do agressor do idoso descrito por Krug et al. (2002) e Ministério da Saúde (2005). Igualmente, estudos demonstram exaustivamente, a relação do uso dessas substâncias com o aumento da violência familiar contra idosos, crianças, adolescentes e mulheres (Narvaz & Koller, 2006; Antoni et al., 2007; L. L. Silva et al., 2007; Jong, Sadala & Tanaka, (2008); Lowenstein et. al., 2009; Santos, 2009).

Na última fala apresentada, além do uso abusivo de álcool, soma-se a construção social do comportamento masculino, associado à força física. Esse enfoque se discutiu no elemento de análise anterior e está

em consonância com Alberdi (2005) e Cantera (2007) de que a tolerância a bebidas alcoólicas, facilita a ocorrência de violência.

As *questões financeiras* (3.2.3) também foram lembradas em duas entrevistas. Um dos entrevistados apontou o idoso como alvo de interesse financeiro por parte de familiares, caracterizando violência ou abuso financeiro. Outra participante relaciona o aumento da agressividade com dificuldades econômicas enfrentadas pela família.

É aquilo que eu falei agora a pouco, se o sujeito for rico não acontece, porque eles [os familiares] precisam de dinheiro. É interesse, puro jogo de interesse. (Topázio)

É faltar a parte econômica, sabe, dentro de casa, torna as pessoas mais agressivas e quando tem um ser ... por exemplo, eu tenho um filho dentro de casa, três filhos ao todo, então eu tenho que trabalhar pra sustentar três filhos, aí tem um ser idoso ali que não coopera com nada e que na realidade é tido como uma peça que só serve pra atrapalhar. (Ágata)

Krug et al. (2002) e o Ministério da Saúde (2005) confirmam as colocações e assinalam que a presença de filho que depende financeiramente dos pais em idade avançada ou que é o responsável financeiro por eles sem ter renda própria ou suficiente se constitui em um dos fatores geradores da violência contra idosos. Questões econômicas várias vezes originam diferentes formas de abuso contra o idoso, como a violência psicológica, conforme sugere a segunda fala, ou até mesmo, a violência física ou financeira.

Sintetizando, destaca-se que as narrativas dos participantes identificaram aspectos potencialmente geradores de violência familiar pessoal e de construções sociais relacionadas ao outro idoso, aquele fraco e indefeso e às expectativas em relação ao funcionamento familiar no estágio tardio.

Os aspectos apresentados que tem potencial para gerar violência, normalmente se relacionam a questões individuais e/ou do contexto familiar e social, que interagem entre si e aumentam a vulnerabilidade à violência das pessoas idosas. Entre os fatores apresentado destacam-se: a) as mudanças de personalidade e aumento de dependência; b) associados ao processo de envelhecimento que provocam a intolerância

e conflitos com as gerações mais jovens; que por sua vez c) não reconhecem as contribuições dos idosos no desenvolvimento familiar, no passado.

A intolerância dos mais jovens frente às mudanças apresentadas pelos idosos pode sugerir o distanciamento entre as gerações, que se expressa pela incompreensão quanto às necessidades e modificações ocasionadas pelo envelhecimento. Traduz-se pela falta de respeito ao idoso nas relações familiares. As interações geracionais cruzadas das questões de ciclo de vida, como descritas por Walsh (1995) são viáveis de constituir uma hipótese para essa intolerância, agravada pelas alterações estruturais na família necessárias a sua adaptação aos desafios da modernidade.

Essas mudanças estruturais, somadas às demandas de produção e consumo a que estão sujeitas as famílias em sociedades capitalistas, excluem as pessoas idosas do seu lugar de respeito outrora lhes reservado. Além de perder o lugar de reverência, são relegados a um espaço inferiorizado, quando a sua presença compete com os interesses dos mais jovens. O idoso dependente de cuidados é concebido, nesse contexto, como um impedimento para a realização pessoal dos filhos ou netos, na medida em que está implicado na busca dos direitos e desejos individuais. Essa atitude desconecta as pessoas das contrapartidas relacionais e abre caminho para a coisificação do outro, que se concretiza pelas violências.

Nesse sentido, além da dependência física a condição financeira também foi apresentada como uma vulnerabilidade, já que tanto o idoso pode ser alvo de interesses financeiros de familiares que buscam a realização pessoal sem considerar as necessidades e opinião do idoso ou pelo preconceito, quando se pensa que o idoso já não precisa dispor de seus recursos. A afirmação está em consonância com o discutido por Setterlund et al. (2007). Considera-se também que a presença e os cuidados demandados geralmente, elevam as despesas da família já sobrecarregada, aumentando o estresse dos responsáveis.

Coincidindo com o perfil do idoso vítima de violência familiar e de seu agressor, descritos na literatura (Pasinato et al., 2006; Collins, 2006; Minayo, 2007; Santos et al., 2007), os fatores que mais se destacaram em relação às experiências de vida dos participantes foram a repetição do padrão de violência através das gerações e o uso abusivo de álcool ou drogas pelos filhos. Além disso, a maioria era mulher e em

quatro casos os agressores eram filhos homens de meia-idade, em dois casos casados, incluindo as noras como perpetradoras. Todas as entrevistadas, separadas ou viúvas, ainda partilhavam a moradia com os agressores.

Esse dado confirma a pesquisa de Gonzáles e Zinder (2009) que localizaram as mulheres como maior número, entre os idosos vítimas de violência, as quais viviam sem os maridos e eram cuidadoras de outras pessoas. Com esse perfil esperavam o apoio social e emocional de pessoas que não residiam com elas. Essa constatação indica que a diminuição do número de integrantes nas famílias é responsável para que problemas como o da violência familiar permaneçam obscurecidos nos lares, como também mostra a importância das redes sociais de apoio, em situações de violência.

Apesar da percepção de alguns fatores que aumentam a vulnerabilidade dos idosos à violência familiar outros, não formam mencionados. Nenhum participante indicou a sua idade como um fator de vulnerabilidade para as violências sofridas, uma vez que não se adequavam ao perfil do idoso por eles construído. Pode-se inferir que pelo fato de se considerarem pessoas com autonomia, em condição de estabelecer relações de trocas com os familiares e ainda permanecerem como o alicerce da família, em alguns casos, dificultou a percepção de que o envelhecimento representava condição de maior vulnerabilidade à violência familiar.

Outro aspecto que não se detectou nas narrativas dos entrevistados foi a vulnerabilidade associada ao gênero. Como indicado acima, as mulheres sofrem violência nos lares com mais frequência do que os homens. Além disso, alguns exemplos relatados indicaram violências conjugais que tiveram início no passado e se estenderam até a velhice. Duas participantes contaram que sofreram agressões dos maridos e que eles costumavam transmitir ao filho a sua concepção de homem, pautadas em construções sociais que associam a masculinidade à agressividade, como beber, ter força física, entre outras. Nesses exemplos percebeu-se que a repetição da violência era regulada, entre outros fatores, por questões de gênero, ou seja, nas construções sociais acerca da expectativa de desempenho de atribuições associadas ao feminino e ao funcionamento familiar.

As publicações que tratam da violência familiar contra idosos apontam para a transmissão intergeracional da violência. Porém,

geralmente no sentido de ser perpetrada contra o idoso do sexo masculino, como uma forma de punição dos filhos pelos maus tratos ou abandono sofridos no passado (Ministério da Saúde, 2005). Também, não é frequente a discussão da violência de gênero na velhice.

Nessa concepção, convém retomar o alerta de Minayo (2003) quanto à ausência de registros específicos e estudos sobre a violência de gênero contra idosos no Brasil. Deduz-se que permanecem obscuras as implicações da questão de gênero na violência sofrida pelas mulheres idosas nos lares. Além disso, levanta-se a hipótese de que os estudos da área salientam o perfil do idoso dependente da família, fragilizado física e psiquicamente como as maiores vítimas de abusos nos lares. No entanto, omitem ou não dão visibilidade aos idosos que não se enquadram nesse perfil, como os participantes da presente pesquisa.

Apesar da menção de um participante apenas, ressalta-se a fala do entrevistado no item 3.2.3, quando mencionou que a violência só ocorre em lares onde há pobreza. Esse fenômeno indica como as pessoas constroem socialmente a sua compreensão sobre o problema da violência. Esse entendimento provavelmente contribui para a sua invisibilidade em camadas sociais mais favorecidas, nas quais a vulnerabilidade ocorre justamente, pela condição financeira da pessoa idosa.

Categoria IV – Aspectos que sustentam violência familiar e ações que facilitam o enfrentamento.

Esta categoria abordou os atos realizados, os sentimentos ou os pensamentos necessários para o enfrentamento de situações de violência. Salientou o que foi considerado efetivo e ineficaz, tanto pelos idosos que reconheceram ter vivenciado quanto aos que negaram o fato de ter sofrido qualquer tipo de violência e imaginaram uma situação hipotética.

A subcategoria **condições que favorecem a continuidade da violência (4.1)** envolveu a percepção dos idosos acerca de situações de vida, sentimentos e crenças que mantém a violência na família. Uma das maneiras de explicar a continuidade da violência foi *pela ausência de alternativas à situação vivida (4.1.1)*, manifestada por quatro participantes. O primeiro exemplo ilustra uma situação de violência que uma das senhoras sofreu ao longo de sua vida conjugal, que só terminou com a separação.

*Ele dizia que era doente e eu me perguntava se era da doença. Nossa, eu não tinha quem cuidasse dos meus filhos pra que eu pudesse me separar de fato. A minha mãe era incapaz, o meu pai morreu eu tinha 16 anos. Então eu tracei uma meta pra mim, eu vou criar meus filhos pra eles serem melhor do que eu fui. **Eu meio que tapava o olho.** (Ametista)*

Essa condição ilustra o descrito por Narvaz e Koller (2006) e Cantera (2007) quanto à posição de desvalia e assujeitamento que as mulheres ocupam na dinâmica familiar ao valorizar a tradição dos papéis e a subordinação, por meio de regras hierárquicas e de obediência da mulher a seu companheiro. O exemplo a seguir retrata um caso de violência que se mantinha até o momento da realização da entrevista, para a qual a idosa não vislumbrava saída.

Na minha opinião a dificuldade minha é que eu fico pensando que eu não tenho saída, não vejo uma luz no fim do túnel, pra ele sair e me deixar em casa. Essa é a dificuldade maior que eu to sentindo. E no fundo do coração de mãe, eu sei que ele vai aonde, pra onde? Eu não posso pagar quarto pra eles e comer aonde e viver como? (Pérola)

Em ambos os exemplos, as entrevistadas encontravam-se presas em uma trama relacional sem solução e sem esperança em uma possibilidade de mudança. Essas circunstâncias demonstram a fidelidade ao desempenho de um papel social, ou seja, a mulher cuidadora do marido e dos filhos, sem se importar com a condição, como a primeira categoria desta análise apontou. Além de presas ao papel de cuidadoras, entende-se a continuidade da relação na posição de assujeitamento por não se reconhecerem como vítimas de violência familiar. Ametista relatou que demorou a compreender que as reações do marido eram violentas uma vez que se criara em uma família onde a violência era frequentemente empregada. Esse histórico de violência a fazia acreditar que era uma maneira normal de lidar com os problemas. Contudo, gradativamente se convenceu de que não precisava permanecer na relação. Pérola, por sua vez, não considerava que as agressões verbais do filho representassem uma forma de violência. Nesse sentido,

novamente as construções sociais que definem o papel social nas famílias obscureciam a avaliação dessas mulheres quanto ao seu envolvimento em situações de violência familiar. Assim, continuavam sofrendo e pensando que não poderia ser diferente.

Além disso, infere-se que o agressor é visto por duas óticas: ao mesmo tempo em que agride, também é bom porque existe afeto nas relações, caracterizando-as como dupla vinculação emocional, o que inibe o idoso e o impede de se posicionar.

A próxima narrativa pertence ao único homem participante da pesquisa, que assumiu ao final da entrevista ter sido vítima de abuso financeiro por parte de um sobrinho, conforme já mencionado.

*Então eu falei ‘**ah, deixa para lá**’ conversar com ele eu não vou, depois eu fiquei sabendo que ele, ele tem a idade do meu filho mais velho, 44, 45 anos, pois esses dias teve um enfarte, quase morreu. Mas eu não torci para ele morrer, não, até rezei para Deus ajudar. **Acho que roupa suja a gente lava em casa. O único que eu pediria conselho era para o meu pai e para minha mãe, mas já morreram.** Depois se já está numa situação dessas não tem que pedir conselho. (Topázio)*

Na sequência do relato, esse senhor afirmou estar ciente de que poderia denunciar a pessoa responsável pelo abuso financeiro com base no Estatuto do Idoso, mas não quis e explicou com a expressão “roupa suja se lava em casa”. Como o acontecimento coincidiu com a época em que estava se separando, não contou o ocorrido para mais ninguém. A entrevistadora voltou a perguntar se o mesmo fato ocorresse no presente, ele agiria da mesma forma ou denunciaria e ele respondeu que se fosse hoje, também não denunciaria.

A violência sofrida por ele indicou, como nos casos anteriormente discutidos, a vulnerabilidade gerada pelas crenças e valores pessoais, representada nesse caso, pelo valor atribuído à privacidade familiar, onde os problemas familiares devem ser resolvidos no âmbito das relações familiares e não por pessoas externas. A coincidência do ocorrido com a separação conjugal fragilizou a rede de relacionamentos familiares, como informou em sua narrativa. Justificou o silêncio porque já não tinha os pais vivos, portanto, sem ter a quem recorrer, não havia alternativa a não ser calar-se e resolver a questão,

sozinho. Assim, essa agressão permaneceu na invisibilidade e o idoso se sentiu impotente e impossibilitado de dialogar a respeito.

O *temor de revelar* (4.1.2) emergiu nas falas de quatro entrevistadas impulsionado por diferentes motivos. Em um dos casos houve o medo da reação dos familiares, em outro, o medo da necessidade de se mudar para a casa de uma filha que morava no exterior e deixar o filho agressor. A senhora do próximo relato descreveu como se recusou a abrir a porta para a equipe da US: sentia medo de revelar sua condição de saúde e a do marido, pois acreditava que os profissionais poderiam avaliar que não estava em condições de se cuidar e cuidar do seu esposo e assim, encaminhá-los para uma instituição.

Porque eu já pensei que eles iam me tirar de casa e me separar dele. E eu disse ‘meu Deus, eu não quero me separar dele, eu quero enterrar ele bem bonitinho porque ele tem que morrer antes do que eu’ (risos). Pensei que iam levar ele pra uma dessas casas de assistência né, que cuidam de velhos ou o hospital mesmo e então eu não pudesse estar junto com ele. Nós temos 59 anos, vai fazer agora, que nós somos casados e não passei uma noite fora de casa, quer dizer não dormimos uma noite sozinhos. Você acha que eu ia gostar de chegar agora e ficar separada? (Esmeralda)

No seguinte relato, Safira evidenciou seu medo em pedir ajuda para o filho, por temer sofrer outro tipo de violência, a perda do apartamento onde vivia com o filho agressor.

Esse que é o problema, se eu falar pro meu outro filho, se eu falar alguma coisa a mais, ele vai me tirar daqui, então eu não falo. Eu falo assim por cima, ou então ele vê as coisas, tudo bem, ele vem aqui, olha, mas as coisas mais pesadas ele não sabe, por que a esposa quer que eu venda isso daqui [o apartamento]. (Safira)

Como em pesquisas relacionadas à violência familiar de outras faixas etárias, entre os idosos também se evidenciou o medo de revelar as situações vivenciadas pelas possíveis consequências decorrentes

dessa revelação. Esse temor dificulta a identificação e a abordagem do problema, impedindo que pessoas próximas possam oferecer auxílio ou limitando a ação dos profissionais de saúde que atuam junto a essa população.

Os dados da presente pesquisa corroboram ao apresentado por autores como Fuster (2002), Espíndola e Blay (2007) e González e Zinder (2009) quanto à dificuldade de os idosos revelarem a violência, por medo e vergonha. Por essa razão, é importante atentar para os indícios que sinalizam a presença de abusos.

Acreditar que tudo vai melhorar (4.1.3) foi citado por duas participantes que não tomaram nenhuma atitude para reverter a situação violenta, na esperança de que a violência acabaria com o tempo.

Então eu nunca fiquei com raiva, sabe qual que era o meu pensamento? Um dia vai melhorar, um dia eu vou ser feliz, um dia eu vou. Eu fiquei, sabe, com esse pensamento, que um dia ia melhorar, que ia ter, que a gente ia ser feliz, né, que as coisas iam se processar, mas infelizmente eu não tive esse merecimento, mas não é por isso que eu vou ter um sentimento contrário ao amor, ao perdão, sabe, não vou ter, nem quero agasalhar isso dentro do meu coração. (Ágata)

A crença de mulheres que vivenciam violência de que o relacionamento vai melhorar com o tempo é confirmada pelo estudo de L. L. Silva et al. (2007) que revisaram a literatura e a incluíram na listagem dos possíveis motivos para que as mulheres permaneçam em relações violentas. Além dessa certeza, não responsabilizavam o marido pelo comportamento agressivo e mantinham uma exagerada valorização de outros atributos dessa pessoa até que a situação de violência se tornasse insuportável. Os autores referidos assinalam e este estudo constatou que essa atitude das mulheres é um dos motivos para que as pessoas não revelem e não busquem ajuda para se livrar da violência.

A pesquisa de Band-Winterstein e Eisikovits (2009) demonstrou que mulheres que permanecem casadas com homens violentos até a velhice apresentavam essa expectativa ao longo dos anos. Esse comportamento se confirmou parcialmente na presente pesquisa, já que as duas participantes que enfrentaram violência conjugal separaram-se do agressor. No entanto, apenas uma desejou e lutou pela separação e a

outra não tomou atitude a esse respeito e permaneceria casada se esse fosse o desejo de seu companheiro.

As situações apresentadas nos elementos de análise anteriores se referem ao *deixar chegar na gota d'água (4.1.4)*, ou seja, esperar a situação tornar-se insustentável para depois pedir ajuda, citados por três participantes.

Acho que o mais difícil foi ter jogado as coisas dele pela janela. Porque eu tinha plena consciência que eu não queria, mas eu tinha que fazer, ou eu fazia ou eu morria. Sabe quando você chega no fundo do poço, não tem escolha? Foi difícil. (Ametista)

*Foi assim, um dia o [filho agressor] tava tão transformado, mas tão transformado, eu abri a porta aqui, e ele tava... Eu não aguentei mais ele. Como eu falei, né, **ele foi violento aqui, eu deixei a porta aberta, não aguentei mais**, a vizinha que me ajudou a falar com o [outro filho], que veio aqui e aí fomos lá [na delegacia].(Safira)*

A situação limite das participantes caracterizou-se pelo longo tempo de violência sofrida e gravidade da agressão, corroborando os dados de Santos (2009). Nesse mesmo sentido Parente et al. (2009) entrevistaram mulheres vítimas de agressão conjugal e afirmam que nenhuma denunciou o fato na primeira vez de sua ocorrência e só o fizeram quando perceberam que a situação poderia chegar ao extremo.

Esses dados explicitam o valor hegemônico da família traduzido pelo desejo de proteção e estabilidade, buscado pelas mulheres na relação conjugal. A partir dessa constatação infere-se que esse desejo também existe na relação das mulheres idosas com seus filhos, o que as leva a acreditar que a situação pode melhorar com o tempo e as impede de revelar a situação vivenciada e solicitar auxílio.

Duas entrevistadas indicaram o *buscar e não receber apoio (4.1.5)* quando precisaram, como um dificultador no processo de rompimento da violência familiar.

Me dou com ela [a cunhada] mas não muito, porque ela disse ‘mas isso é normal eu sempre apanhei’ e eu disse pra ela

‘mas apanhar não é normal, bater também não’, e ela ‘é, mais é assim, você tem que aguentar’, ele [o marido] é doente’. (Ametista)

Novamente a narrativa da participante revela traços da cultura patriarcal que atribui valores diferentes aos gêneros e consequentemente, diferenças nas relações de poder entre homens e mulheres (Cantera, 2007). Nesse contexto, torna-se natural que estas sejam submissas e responsáveis pelo bem-estar do marido e filhos, mesmo que os companheiros as tratem com violência. Nesse aspecto, ser boa mãe e boa esposa significa suportar todas as adversidades em nome da unidade familiar.

A narrativa seguinte ilustra a percepção da depoente em relação ao preconceito dos profissionais da saúde e órgãos de proteção às vítimas de violência. Teve essa experiência, quando solicitou ajuda para lidar com os filhos, sentindo-se culpada pela atitude deles, o que a impediu de agir mais efetivamente.

A princípio, inclusive, a gente encontrava muito preconceito, porque no fundo eles chegam até a achar que os filhos são assim que é a gente que tem culpa, a gente não soube educar, a gente não soube direcionar a vida deles, sabe. Eu me senti muito assim. (...) (Opala)

A situação enfrentada no item anterior resultou no *desacreditar nas fontes de apoio* (4.1.6), das relações pessoais ou das instituições públicas, conforme ilustrado abaixo.

É uma situação que ninguém quer se envolver. Ninguém quer. Porque tem aquela história que em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher. Então não adianta pedir, se eu estava pedindo pra justiça e a justiça não conseguia resolver eu ia pedir pra quem? (Ametista)

Ta difícil, porque as pessoas cansam de ajudar. O poder público dá a desculpa que não tem mais vaga e não resolve mais, que já passou várias vezes por aquele hospital, por aquela US, que já requereu o CAPS várias vezes e não foi até

o fim, acabou abandonando ... A gente não tem mais ajuda, não tem. (Opala)

Como em qualquer forma de manifestação de violência nas famílias, é comum que o isolamento gerado por sentimentos de medo e vergonha seja reforçado quando as fontes externas de auxílio falham. Essa falha no apoio às vítimas de violência deriva de algumas tradições. Primeira, as pessoas estão imersas em uma cultura que sustenta seu modo de compreender a realidade, por meio de suas crenças, construídas e mantidas pelo linguajar conjunto. Segunda, pelo uso de expressões e ditos populares reforçadores dos valores dominantes que sustentam as violências, como o ditado popular citado “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”. Terceira, pela ineficiência dos serviços oferecidos na tentativa de solucionar o problema.

Mears (2003) enfatiza a importância do apoio para as mulheres idosas em situações violentas e a dificuldade para obtê-lo, corroborando os dados aqui apresentados. Pesquisas sobre violência contra a mulher indicam que muitas se sentem constrangidas em buscar auxílio devido à crença compartilhada por profissionais da saúde e da justiça e pela população em geral, de que elas são culpadas de alguma maneira pela agressão, deixando-as inseguras para denunciar os abusos. (Cavalcanti et al., 2006; Villela & Lago, 2007; Parente et al., 2009). Dificuldades semelhantes encontram os usuários e seus familiares quando procuram serviços de saúde mental, como o depoimento acima ilustrou.

Não aceitar participação maior da geração mais jovem (4.1.7) evidenciou-se na narrativa de duas idosas que faziam questão de manter sua autonomia e não depender de familiares. Se por um lado esse esforço é válido no sentido de manter a auto-estima e a independência da pessoa idosa, por outro lado, excessos nesse sentido também podem colocá-los numa situação de maior vulnerabilidade. A narrativa abaixo ilustra o esforço de Esmeralda para manter a sua autonomia e se manter junto ao marido. Por motivo, restringia o acesso de familiares e de profissionais da US para que não vissem suas limitações. Com essa atitude, privava-se do auxílio viável.

E eu digo pra ele que enquanto ele pode andar nós estamos aqui, porque se ele não puder andar aí eu não posso cuidar dele porque aí o negocio é diferente. ‘Se esforce pra andar

porque aí depois que eles tomam conta, você não manda mais.’ E isso é a realidade, né ... A gente parece que não se manda mais ... Eu digo sempre pra ele ‘enquanto nós estamos dentro da nossa casa, meu marido, nós mandamos. É o teu salário, bem ou mal e nós não devemos nada graças a Deus’. Não devo nada pra ninguém e tá dando pra nós vivermos. Então, enquanto nós estamos dentro da nossa casa, se nós quisermos fazer aqui bem no meio do quarto cocô ou fazer xixi, nós podemos fazer porque a casa é nossa, o dinheiro é nosso e nós fizemos porque nós mandamos. Agora, se você estiver na casa de quem for, não é a tua, você não pode fazer isso. Aí você tem que esperar pra fazer xixi, esperar pra te levarem no banheiro, entendeu? Ele viu ... é a realidade das coisas, né. (Esmeralda)

Turmalina, outra participante, esclareceu que mantém o seu lugar de comando nas relações familiares no que dizia respeito inclusive, ao aspecto financeiro. Supõe-se que essa postura adotada ao longo dos anos e considerada importante para manter sua identidade e autonomia, também transforma a filha e a neta em dependentes dela. Dessa forma, a idosa se privava de dinheiro e de aproveitar o tempo livre com maior desprendimento.

*Ah, a pessoa ser submissa. Eu, por exemplo, uma coisa que eu não admito é que me dê ordens. ‘Você não vai em tal lugar’, ou ‘por que você vai lá?’ ou ‘vai sair outra vez?’ ou ‘aonde você vai?’’. Então, vou te contar uma coisa, eu tenho meu celular e não carrego, porque elas ficam ligando o tempo todo. Elas ficam doidas. ‘Mãe, onde é que você está? Que horas você vem?’’. Se fosse uma emergência ou qualquer coisa eu usaria, pra que alguém me achasse em algum lugar, mas não me seguir, não admito isso. Eu digo assim ‘**olha minha filha, quem me dava ordens já está lá no cemitério**’. Não é que me dava ordens, a gente combinava as coisas. Mas de falar ‘faça tal coisa, ou não faça’, eu não ... **A pessoa quando é submissa, ‘está bom, se você quer assim então vou fazer’, daí quando você vê, oh ... em cima de você. Você não acha que eu estou com a razão?** (Turmalina)*

Nas narrativas das duas idosas, a autonomia foi bastante valorizada por entender que essa característica as ajudaria a enfrentar as adversidades dessa fase da vida. Diferentemente do que Carter e McGoldrick (1995) propõe quanto aos ajustamentos necessários para as famílias no estágio tardio, pois para as autoras, esse é o momento de aceitar as mudanças nos papéis geracionais que inclui apoiar um papel mais central da geração do meio, ou seja, dos filhos ou parentes adultos para que também se preparem para o envelhecimento de seus familiares. Nesse viés, as autoras indicam que gradativamente, as gerações mais jovens assumam maior responsabilidade levando em consideração as condições dos idosos, para que não superfuncionem por eles e tampouco, se mantenham dependentes deles. Esse fato se concretiza se em contrapartida, os idosos cederem esse espaço para a geração mais nova.

Ao focar os idosos de forma geral, em detrimento de suas relações familiares, três participantes referiram *acreditar na impossibilidade de o idoso se defender (4.1.8)*. Como os relatos a seguir ilustram, aludiam ao outro idoso, aquele frágil e dependente.

Porque o idoso não tem defesa, minha filha, não tem aquela força, não tem aquela, vamos dizer, aquela garra. Se alguém vai te agredir, por mais que você seja agredido, você, né, você dá um jeito, mas o idoso não tem, às vezes tá numa cadeira de rodas, que defesa que ele vai ter? Só falar, que aí incita mais a violência da criatura que já tá fazendo uma aberração, uma desvalia. (Ágata)

É porque a pessoa idosa às vezes não tem resposta pra uma estupidez ou uma violência. Então fica naquela lá... Os mais novos não. Os mais novos vão à luta, responde qualquer coisa e faz. Mas **os idosos ficam quietos.** (Alexandrita)

Pelas narrativas, os idosos mais dependentes que sofrem violência familiar continuarão sendo vítimas por não disporem de mecanismos de defesa. O primeiro exemplo aponta para o medo de alguns idosos em revelar a agressão para depois, sofrer represálias violentas. Fuster (2002), Espíndola e Blay (2007) e González e Zinder

(2009) ratificam esse dado ao discutir a dificuldade de trazer à tona a violência sofrida por idosos dependentes.

A subcategoria **ações que auxiliam no manejo da violência (4.2)** descreveu o que os participantes consideraram eficaz no enfrentamento da violência. *Buscar a ajuda de familiares (4.2.1)* foi citado por seis idosos que contaram com a ajuda dos familiares. No exemplo a seguir, a entrevistada relata o auxílio que recebeu do filho quando ainda era pequeno.

E outra vez eu não sei por que também ele me agrediu. (...)
*Eu tinha os dois, como eu dizia eu não tinha filho, eu tinha os dois adotivos, eu acho que a minha filha tava com 5 e o menino tava com 4, ele era forte e eu não sei por que foi, essa parte eu não me lembro, por que ele foi de novo assim, né, e começou a me sufoca, e nisso as crianças entraram e **o meu filho, menina do céu, aquele dia foi um milagre, o meu filho ficou do tamanho que ele é hoje (...)** ele é imenso, ele é alto, assim, eu dou no umbigo dele, quase, ele tem uma voz, menina, que era uma voz forte, e falou: ‘Largue a minha mãe’, mas foi aquela entonação de comando, sabe, e ele parou na mesma hora, e também só foi aquilo, só essas duas vezes, nunca mais. **E a gente não comentou, sabe, nem eu com os meus filhos nem com ninguém.** (Ágata)*

Os participantes consideraram a família a primeira fonte de apoio em casos de violência, mesmo que ele nem sempre tenha sido efetivo, como será discutido mais adiante. Outras pesquisas como de Jong et al., (2008) e Santos (2009) confirmam essa opinião. Interessante notar a ambiguidade em relação à família, uma vez que os agressores são familiares, mas a resolução do problema também recebe ajuda de familiares. Entre as pessoas entrevistadas que receberam ajuda, esta veio de parentes que não moravam na mesma casa, membros da família ampliada ou filhos casados,

Afastar-se fisicamente do agressor (4.2.2) foi citado por quatro idosos como a ação efetiva em situações de violência, como os relatos abaixo ilustram.

*Eu diria, vamos supor, que a pessoa morasse assim ou com o pai, ou com a mãe, como é o meu caso, que não fizessem que nem eu, sabe, que quando começasse a dar uma de rompante, ou de ser bom ou mandão e viver nas costas da pessoa, que bote pra rua e desligue dessa pessoa. **Eu penso assim, eu tiro uma conclusão por mim, agora eu to aí, sofrendo até não sei até quando, até morrer, como é que eu vou me desligar dele? Nem com juiz não vai adiantar por que ele não vai ter onde morar, o juiz vai entender.** (Pérولا)*

Apesar de citarem que o distanciamento físico do agressor é uma forma efetiva para se romper a sequência de abusos, notou-se nos depoimentos vários empecilhos para a sua concretização. Entre eles: dificuldade financeira para dispor de outro imóvel, como ilustrado acima ou o vínculo afetivo com o agressor, que impedia o afastamento.

Mears (2003), ao entrevistar mulheres idosas vítimas de violência, apresenta estratégias alternativas, além de deixar o abusador. Especificamente, na presente pesquisa, uma das participantes deixou a casa em que vivia com os filhos agressores e mudou-se para outro endereço e outra, mudou-se para a casa de outro filho para fugir do filho e nora agressores. No primeiro caso, a mudança mostrou-se ineficaz, já no segundo, a idosa foi bem sucedida. Mas, identificar e agir sobre os fatores geradores da violência demonstrou ser mais produtivo do que simplesmente afastar-se fisicamente do agressor. Portanto, a mudança foi a decorrência dessa atitude.

Duas participantes consideraram *desenvolver/manter a autonomia* (4.2.3) fundamental para lidar com situações de violência. É importante salientar que entre as que desenvolveram essa característica como meio de se afastar de uma posição de submissão, uma em relação ao marido, com narrativa ilustrada abaixo e outra, em relação ao filho, contradizem a opinião vigente de que a pessoa idosa é mais incapaz de mudar suas atitudes e comportamentos.

Eu acho que com o tempo eu deixei de ser submissa, sabe. Eu deixei de dizer amém a tudo. Eu dizia ‘eu vou’. Já que eu tenho que sustentar a casa eu vou. Porque se eu perdi aquele lá [emprego] eu arrumo outra coisa pra fazer. E assim eu fui vendo que eu não era tão porcaria quanto ele dizia que eu

era, né. Comecei a mudar, a perceber que eu podia me manter e eu percebi que não precisava agüentar isso. (Ametista)

Três participantes disseram *buscar apoio na religiosidade (4.2.4)* para enfrentar a violência.

A formação religiosa, espiritual que a gente tem demonstra que de repente a gente tem que passar por isso mesmo, embora não aceitando muito, né. (Opala)

Eu tenho o Nosso Senhor do meu lado e ele vai me ajudar a atravessar isso. (Safira)

Walsh (1996) considera a religiosidade um fator de proteção à violência, pois, é por meio dela que as pessoas desenvolvem valores morais e espirituais que proporcionam sentimentos de coragem para lidar com experiências de sofrimento. À religiosidade também é delegado um importante papel para o bem-estar de pessoas idosas por fornecer subsídios para aceitar a finitude, oferecer respostas para as questões existenciais e ainda, proporcionar apoio social quando há a participação em comunidades religiosas (Goldstein & Sommerhalder, 2002).

Por outro lado, Parente et al. (2009) apontam que se apoiar somente na religiosidade pode indicar a descrença em outras fontes de apoio. Essa omissão gera frequentemente, atitudes de conformismo frente ao caráter de inevitabilidade pelo qual a situação é percebida. Duas das entrevistadas que relataram o uso dessa estratégia ainda sofriam abusos, no entanto, encontravam força e apoio na religião para seguir em frente e lidar com as dificuldades. Há que se considerar os aspectos religiosos que sustentam a ideologia patriarcal e a cultura que atribui valores diferentes aos gêneros. Nesse viés, coloca o sofrimento e a submissão como um caminho, que de certo modo, mantém o *status quo*, isto é, força para aguentar e sustentar o círculo da violência.

Buscar informações (4.2.5) também se mostrou efetivo para duas participantes.

Nesse meio tempo fui me inteirando sobre direitos, porque ele dizia que se nós nos separássemos eu iria morrer na miséria, que não me daria pensão. Então tudo que ele dizia serviu pra eu ir atrás, pra procurar e ver se de fato era aquilo. (...) Quando eu separei sabia o que eu podia e o que eu não podia. (...) Sempre que eu vejo alguma coisa escrita sobre isso procuro ler. (...) (Ametista)

A rede social das participantes e os meios de comunicação forneceram informações sobre como agir em situações de violência. Destaca-se a televisão, pois, essa via motivou alguns entrevistados a solicitar auxílio em delegacias de polícia e na US. Nota-se a contribuição desse meio de comunicação, diferente do que foi apontado anteriormente, quanto à restrição do significado da violência física contra os idosos fragilizados, que essa mídia tem veiculado.

Reavaliar a situação (4.2.6) foi relatado por uma participante como de grande relevância para tomada de decisão na separação do marido agressor.

Por que um dia pensei assim ... a minha mãe morreu, né. Eu sempre dizia pra ele que o dia que a minha mãe fechasse o olho chegaria a vez dele. Ele nunca acreditou. Achava que eu não teria coragem. Quando a minha mãe faleceu ainda ficou mais uns anos assim. Mas um dia acordei e disse assim, 'poxa vida, mas que porcaria de vida você tem, eu não preciso disso. Sou separada de quarto há 20 anos, sou empregada dele, pra que? Ainda ser maltratada? Não, você tem que gostar um pouco de você também, não nasci só pra limpar, lavar, passar.' Ainda fazia mais alguns serviços pra ganhar dinheiro e ainda assim era maltratada. Disse não. Quero viver um pouco, ver meus netos crescer, quero ser feliz porque eu nunca fui. Tenho esse direito. (...) (Ametista)

Da mesma forma, Parente et al. (2009) indicam que a reavaliação das experiências é fundamental para a mudança de crenças e de atitude, transformando a realidade da pessoa agredida, possibilitando a mudança. Nesse sentido, Gergen (1996) indica que os significados são mutáveis, sempre abertos a novas significações nas relações, o que permite a

reavaliação e as mudanças de atitudes e assim, à construção de novas realidades de vida.

A subcategoria **ações frente a uma violência hipotética (4.3)** abordou as respostas de idosos que negaram a vivência violenta nas suas relações familiares. Quando indagados o que fariam caso sofressem algum tipo de violência. *Afastar-se do agressor (4.3.1)* novamente foi citado por dois participantes, uma, explicou que não moraria mais com o agressor hipotético e outro, romperia a relação com o agressor.

*Eu acho que **tinha que cada um ir pra um lado, cada um tomar seu rumo. Primeira coisa que tem que fazer é separar. É, se afastar. Por exemplo, se fosse assim com a minha filha, ela fosse procurar um lugar pra morar porque eu estou morando na minha casa. Ela fosse procurar um lugar pra ela morar e eu ficaria na minha casa.** (Turmalina)*

*(...) A solução está aí, é não dar mais atenção. **Dar um basta na relação. Romper e pronto, sem ter que brigar, criar caso.** (Topázio)*

As alternativas *romper relações e deixar de residir com o agressor* parecem ser as soluções mais evidente, porém, é preciso considerar as suas limitações, conforme já discutido anteriormente.

Perdoar (4.3.2) seria a estratégia de outra participante.

*Eu aprendi desde criança a perdoar. **Perdoar não é uma palavra, é uma honra.** Se uma pessoa for me agredir, mesmo que venha me agredir, é porque essa pessoa ou está muito atrapalhada, muito perturbada afinal, porque eu aprendi que não faço mal pra ninguém. (...) (Esmeralda)*

O perdoar, nesse caso, demonstra que o idoso não vislumbra ações mais efetivas que poderiam auxiliá-lo nas situações vivenciadas ou mesmo, o saber o que fazer em situações hipotéticas. Da mesma forma, M. J. Silva et al. (2008) encontraram essa postura entre os idosos da pesquisa desenvolvida em uma US: metade não recorrerá a ninguém e nenhum recorrerá ao poder público, indicando uma forma solitária e temerosa de lidar com situações de violência.

Na categoria anterior discutiu-se como os significados em torno do que vem a ser violência tanto favorece o reconhecimento dessas experiências nas relações familiares como também, impede a visualização de situações que não se enquadram nos significados de violência que as pessoas construíram. Na presente categoria analisou-se como a dificuldade de visualizar e manejar as situações de violência podem se relacionar aos significados e expectativas dos idosos, em relação à família.

Cabe retomar neste momento, a importância da família para os participantes ao apontarem a reciprocidade de atenção e afeto, a continuidade dos papéis geracionais e a boa relação familiar, como forma de ter qualidade de vida na velhice. Esses dados descritos na primeira categoria confirmam o exposto por Cerveny e Berthoud (1997) quanto aos valores que definem a família, expressos pelas pessoas no estágio tardio da vida. Entre eles constam o amor e convivência entre os membros, diálogo, preservação dos valores religiosos, a expectativa de emancipação dos filhos adultos e que estes auxiliem os pais em idade mais avançada na manutenção da dinâmica familiar e cuidados aos idosos.

Assim como as construções acerca da posição social e dos papéis desempenhados pelas mulheres na família dificultam o rompimento em casos de violência conjugal na vida adulta, as expectativas em torno da vida familiar na velhice também pode ser um indicativo do que impede o rompimento da violência familiar contra os idosos. As narrativas das participantes ilustraram como continuavam sofrendo, sem alternativas para a situação, por entenderem ser sua obrigação de esposa ou mãe cuidar dos membros da família necessitados de seu amparo, por doença ou por ainda não estarem totalmente emancipados, como no caso dos filhos adultos. Esses relatos indicam que a violência familiar contra idosos também precisa considerar questões de gênero.

Por acreditarem ser de sua responsabilidade o problema e a respectiva solução, demonstravam medo ou vergonha de revelar para outras pessoas, mesmo familiares. As entrevistadas sentiam-se envergonhadas em relação ao que estava acontecendo na família e, revelar a violência significava expor a culpa e o fracasso pessoal pelas falhas na constituição da família e criação dos filhos. Outro agravante era o medo das consequências, como se afastar do filho ou sofrer ainda outras formas de violência. Esse impasse as deixava à mercê de suas

expectativas e esperanças de que a situação pudesse melhorar. Contavam ainda, com pouco ou nenhum apoio externo social ou religioso para administrar suas emoções e continuar a vida. Algumas participantes solicitaram auxílio entre pessoas da família extensa ou em órgãos públicos sem um retorno efetivo. Esse problema reforçou ainda mais a crença de que não havia saída para a situação, submetendo-se, portanto, ao ciclo de violências.

Só quando a situação de violência chegou ao limite, algumas entrevistadas se conscientizaram da gravidade e tomaram uma atitude mais ativa para pedir ajuda, assim como obter o reconhecimento dos outros de que esse socorro era de fato urgente. O mecanismo de espera e manutenção em segredo da violência se manteve durante muitos anos na vida de Ametista e Alexandrita que relataram ter chegado ao seu limite de suportabilidade. Essa demora em trazer à tona situações de violência pode ser relacionada com o que Fuster (2002) descreve sobre o caráter privado das relações familiares, ou seja, a crença de que o que ocorre nas famílias deve ser resolvido no espaço familiar sem a interferência de pessoas de fora. Assim, os problemas de família permanecem na família, já que para os de fora se contam as virtudes e os sucessos e não, o que se considera um fracasso.

Nos casos de Opala, Pérola, Alexandrita e Safira o uso de álcool e/ou drogas pelos filhos foi um fator agravante ou mesmo, desencadeador da violência familiar. Essa situação serviu de justificativa e motivação para mobilizá-las na procura de ajuda já que por essa via, a razão para as violências se atribui a um fator externo, o qual prejudicou o filho e as relações familiares. Esse quadro facilitou a exposição do fato ou conduziu à busca e recebimento de ajuda sem revelar a violência, como fez Alexandrita.

Nesse sentido, o abuso financeiro sofrido por Topázio também ficou silenciado, mesmo sabendo que poderia denunciar o abusador, mas como ele mesmo explicou, “roupa suja se lava em casa”. O caso desse senhor não retratou uma sequência de abusos como as vivenciadas pelas mulheres entrevistadas nas relações conjugais ou com os filhos, foi um acontecimento único, porém, sustentado pela mesma lógica dos valores familiares. Além disso, a situação vivida por Topázio aponta para a condição sócio-econômica como outra vulnerabilidade do idoso à violência familiar, quando dispõe de recursos financeiros e não tem as suas necessidades pessoais reconhecidas. Nesse caso, é visto unicamente

como um meio para a realização pessoal de outro, ou de outros familiares.

A preservação da autonomia do idoso foi outro fator que propiciou o aparecimento de abusos ou maus tratos, na medida em que essa vontade impedia que os idosos negociassem com seus familiares mais jovens uma maior responsabilidade que possibilitasse cuidado ou liberdade consistentes, para os mais velhos. Os exemplos de Turmalina e Esmeralda ilustraram como essas idosas no afã de se manterem no comando de suas vidas, não perceberam que justamente essa postura, favorecia a exploração financeira no primeiro caso, e a negligência familiar, no segundo.

Por outro lado, os exemplos de Ametista e Alexandrita demonstraram a força e a capacidade de enfrentamento dessas mulheres que foram capazes de romper a sequência de violências que vinham sofrendo. Apesar de permitirem que a situação chegasse ao extremo, a partir daí, utilizaram diferentes estratégias para administrar a conflito: acionar familiares, mudar de atitude em relação ao agressor, buscar informações e serviços da comunidade e afastar-se fisicamente do agressor. Uma delas narrou como foi reavaliando o relacionamento e percebendo que poderia mudar e viver de forma mais satisfatória o que sustentou as suas mudanças.

Na categoria anterior discutiu-se a violência familiar contra o idoso, compreendida como aquela sofrida por idosos muito frágeis e dependentes nas mãos de seus cuidadores. Nesta categoria, a ideia se complementa como uma situação sem saída, mantida pela impossibilidade que o idoso tem de se defender nessas condições.

Outro aspecto relevante foi o leque limitado de alternativas de enfrentamento indicadas pelos idosos que pensaram sobre uma situação hipotética de violência familiar. Para o enfrentamento de uma situação é importante que ela seja reconhecida ou visualizada e que a pessoa identifique quais são as possibilidades e recursos existentes, tanto pessoais, como na família ou na comunidade. De posse dessas informações é possível o manejo da condição geradora de estresse ou sofrimento e no caso dos entrevistados que pensaram na hipótese de uma violência, notou-se que nenhum apontou para alternativas envolvendo a família ou a comunidade.

Categoria V - Consequências da violência familiar para o idoso

Esta categoria mostrou o que foi considerado como resultado da violência familiar no âmbito subjetivo, da saúde orgânica e das relações sociais pelos participantes. A subcategoria **no âmbito subjetivo (5.1)** descreveu como os idosos perceberam os efeitos da violência familiar em sua vida e como consideraram seus efeitos para os idosos dependentes. *Reações emocionais diversas (5.1.1)*, que incluem aumento de ansiedade, tristeza, raiva, mágoa, perda do sono, culpa, impotência, insegurança, choro, vergonha, dificuldade de concentração foram citadas pelos idosos, como ilustram algumas falas.

*(...) fiquei assim, muito **apreensiva**, muito, até **nervosa**, **retraída**, sabe, assim, quase que **traumatizada**. (Safira)*

*Altera tudo, por exemplo, eu estava fazendo italiano e isso já me trouxe uma coisa tão ... uma situação difícil, pesada, uma **falta de ânimo**, sabe, **dificuldade pra aprendizagem**, pra aprender alguma coisa a mais, pra **captar**, pra **memorizar**. (Opala)*

*Por que eu vejo por mim, quando aquele meu filho faz aquelas barbaridades, que é horrível mesmo o que ele diz, eu **fico sem dormir duas, três noites**, eu **quero esquecer** e começo a **chorar**, é assim que eu fico. (Pérola)*

Em concordância com os dados aqui apresentados, Gonzáles e Zinder (2009) referem maior frequência de depressão entre idosos abusados. Mas, entre os estudos voltados especificamente para a violência contra o idoso são escassos os que tiveram como sujeitos de pesquisa, idosos vítimas de violência. Por outro lado, um grande leque de repercussões emocionais e comportamentais é descrito em estudos sobre violência familiar envolvendo mulheres, crianças e adolescentes (Narvaz & Koller, 2006; L. L. Silva et al., 2007; Jong et al., 2008; Ravazzola, 2005; Santos, 2009), coincidindo com as aqui apresentadas, relativas aos idosos.

Os quatro idosos que relataram suas vivências passadas de violência familiar, ainda se sentem afetados pela experiência, revelando os *efeitos emocionais a longo prazo* (5.1.2).

Naquela época eu tinha raiva, mas hoje eu tenho ódio. É um ódio muito grande, quando me dei conta o que estavam fazendo comigo. Porque chega uma hora que tua vida fica meio parada, teus filhos já cresceram, já estudaram, tão namorando, já casou. Aí você começa a pensar no assunto. (Ametista)

Isso aí eu fico ainda com aquela tristeza em mim de ter acontecido isso. É muito ruim. Não vou nem lembrar da minha nora, lembrar do que ele fazia. Mas a tragédia fica marcada na cabeça da gente ... se eu fico nervosa parece que sobe tudo na minha cabeça. (Alexandrita)

Mears (2003) também enfoca esse aspecto ao enfatizar que mulheres idosas que sofreram violência familiar no passado ainda permaneciam sofrendo com a dor e trauma ocasionados pela experiência. Dado que indica que mesmo que as agressões tenham sido interrompidas, essas pessoas ainda assim continuam necessitando de auxílio para lidar com as consequências emocionais da violência.

Também emergiu nas entrevistas, a percepção que os participantes tinham das consequências da violência familiar *para o idoso como um outro* (5.1.3), aquele que depende de cuidadores devido à fragilidade orgânica ou psíquica. Quatro participantes citam esse aspecto.

Depois que fica pior ainda, mais um trauma na cabeça dele. Fica pior ainda porque depois que eles vão se entregar mais ainda. Depois que eles não querem viver mesmo, quer morrer e tudo, por achar que estão estorvando. Chega nesse ponto sim, com certeza. Fica dando aquela tristeza, cai em depressão. É isso aí que acontece. Eles não querem nada da vida mais, só querem morrer. (Alexandrita)

*Eu pra mim que é quase o **fim da vida**, né, por que... eu tenho depressão com facilidade, mas me controlo, me seguro, mas aquelas violências lá, a pessoa já ta com idade, já ta sem força de reagir, eu acho que aquilo **leva à morte rápido**, eu penso. (Pérola)*

Pelo relato dos participantes, observa-se que a violência sofrida pelo idoso mais frágil e dependente é compreendida como algo sem solução, mesmo entre os que conseguiram enfrentar e romper com a violência que sofriam, justamente por não se verem incluídos na mesma situação.

A subcategoria **no âmbito da saúde orgânica (5.2)** abordou a percepção dos idosos sobre os efeitos da violência no corpo como sendo *o surgimento de doenças ou o agravamento de doenças pré-existentes (5.2.1)*, como também, manifestaram compreensão sobre os efeitos dos estados emocionais sobre o biológico.

***Alteração na saúde**, também, por que daí **já aumenta a glicemia, já aumenta a pressão**, né, altera um pouco. (Opala)*

*Ah, **qualquer tipo de doença pode piorar**. (Turmalina)*

*Primeiro eu fiquei com **pressão alta**, que eu nunca tive na minha vida. (Safira)*

*Agora as pessoas não pensam que quando magoam alguém, essa mancha fica na gente e há as **somatizações e aí causa muitas doenças, ódio, a mágoa, são doenças, é ... e o câncer dá disso, pode ter certeza, por que o câncer é uma doença de somatização, ou de tristeza, ou de raiva, ou de mágoa, sabe, ou de falta de esquecimento do passado (...)** (Ágata)*

Marques et al. (2008) corroboram com esses dados ao sugerirem que o número maior de co-morbididades encontradas entre os idosos vítimas de violência poderiam ser consideradas consequências da violência sofrida e, não somente, fatores de risco.

Os efeitos da violência familiar também foram percebidos e descritos na subcategoria **no âmbito das relações sociais (5.3)**. O *isolamento (5.3.1)* foi apontado por três participantes, como na narrativa a seguir.

*Porque eu ficava triste. Por causa da tristeza. Eu achava que se eu fosse lá num aniversário, numa festa que fosse, eu não me sentia bem. **Parece que eu estava amarrada no meu filho.** Uma vez me chamaram pra almoçar fora, eu falei ‘ah, não!’. Até agora de vez em quando eu digo que não, parece que eu fico com aquela ... (Alexandrita)*

O isolamento social é exaustivamente apontado em pesquisas sobre a violência familiar e de gênero e ainda no artigo de revisão de Santos, Silva, Carvalho & Menezes (2007). Essas fontes argumentam que ele é uma das condições frequentemente encontradas entre idosos vítimas de violência familiar. Da mesma forma como o aumento de problemas orgânicos, o isolamento também é considerado tanto um facilitador, como uma consequência da violência familiar.

A *exposição social (5.3.2)* foi relatada por uma participante.

*Ele não fazia por onde se destacar, então ele precisava me diminuir. Passei a ser piada na casa de amigos, **ele ficava debochando pros outros darem risada**, sabe, essas coisas assim, né. (Ametista)*

Santos (2009) também encontrou entre as mulheres vítimas de violência doméstica relatos de humilhação e descaso por ser um mecanismo utilizado pelo agressor para diminuir a auto-estima de sua vítima, impedindo-a de sair da relação.

Os dados aqui obtidos sugerem que para os idosos, as sequelas da violência seguem os mesmos padrões encontrados em vítimas de diferentes idades. Entre os participantes da presente pesquisa, mesmo aqueles que não reconheceram o envolvimento em situações de violência familiar, demonstravam sofrimento com as situações vivenciadas. Dessa forma, a presença de sintomas físicos e emocionais podem ser indícios e uma via de acesso para a abordagem da violência familiar.

Band-Winterstein e Eisikovits (2009) têm uma importante posição sobre a violência que ocorreu no passado e foi superada por mulheres abusadas ao propor que as idosas têm necessidade de falar sobre suas experiências de violência, com a família, amigos e profissionais para conquistar a confirmação e apreciação do seu sofrimento. Os autores argumentam que essas pessoas precisam de apoio, lugar seguro para viver, aconselhamento e tratamento, acesso a informações relevantes, assistência à saúde e suporte social e emocional.

Mears (2003) nesse mesmo sentido também apontou que mulheres idosas que haviam vivenciado violência desejavam compartilhar suas histórias para apoiar outras mulheres de idade, uma vez que compartilhar a experiência é uma forma de ação social que pode promover o empoderamento das vítimas.

Síntese da dimensão - Idosos no contexto familiar

A partir das entrevistas foi possível se aproximar do perfil dos idosos participantes desta pesquisa, qual seja: pessoas que, apesar de cronologicamente enquadrados como velhos consideravam-se ativas e participavam da rotina de vida familiar, contribuindo significativamente para o seu funcionamento, condição que gradativamente, um contingente cada vez maior de idosos na população brasileira consegue atingir. Além da participação familiar, demonstraram valorizar e buscar a saúde, a estabilidade financeira, a atualização, o lazer e atividades prazerosas, para viver esta etapa do ciclo de vida. No entanto, acima de tudo, demonstraram grande apreço pela instituição família e união de seus elementos, esperando que ela fosse capaz de dar suporte para os membros mais frágeis e dependentes, em momentos de dificuldade, na doença ou no processo de envelhecimento.

Os significados acerca da violência familiar contra o idoso estiveram ancorados nas agressões físicas e psicológicas, maus-tratos que se manifestam também por meio de comportamentos dos familiares em relação ao idoso. Entre elas constam as diferentes maneiras de negligência ou abandono, tirar a autonomia ou o poder de decisão dos mais velhos e o desrespeito dos netos. Esses significados foram atribuídos à violência familiar tendo como referência o idoso fragilizado física e/ou cognitivamente, isto é, relativos a um “outro idoso”, já que os participantes se excluíam do grupo de idosos com tais características.

Eles consideraram violência aquilo que é contrário aos valores e expectativas construídas nas relações familiares.

Ao avaliar os aspectos potencialmente geradores de violência familiar contra os idosos, assinalaram: a intolerância dos filhos e netos em relação aos idosos; os familiares que não consideram as contribuições prestadas pelos idosos, à família, no passado; intolerância com perspectivas de aumento diante de maior dependência e também pela interação de fatores externos à família. Tomando como base as narrativas dos participantes, compreende-se que a questão principal a ser enfrentada e que foi indicada como a que gera e sustenta as violências cometidas contra os idosos são as interações geracionais cruzadas das questões do ciclo de vida (Walsh, 1995). Partindo desta perspectiva, a intolerância, o desrespeito ou a coisificação do idoso ocorrem quando estes não podem mais contribuir na mesma medida para o funcionamento familiar, passando a demandar cuidado e atenção especiais. Dessa maneira, desequilibram a balança relacional na qual se espera a reciprocidade entre o dar e o receber e àquele que é capaz de dar mais do que receber é conferido um poder hierárquico diferenciado, ou seja, o idoso à medida que se torna mais dependente perde o poder nas relações familiares e se torna mais vulnerável à violência.

Quanto à questão do enfrentamento da violência familiar pelos idosos, os participantes foram pouco otimistas, considerando que a condição de fragilidade que os coloca como potenciais vítimas, também os impede de se afastar dos maus-tratos. Para esses casos se manifesta o surgimento ou agravamento de doenças orgânicas e o encurtamento da vida.

Ao questioná-los sobre as suas experiências pessoais, os participantes que assumiram a violência nas relações familiares relataram situações de agressão física e/ou psicológica. Houve os que a negaram ou não a reconheceram de imediato porque a violência se manifestou em abuso psicológico ou financeiro, negligência e perda de autonomia, o que indica que essas formas de maus-tratos ainda não estavam explícitas para esses participantes. Outro dado relevante a respeito da construção do significado sobre a violência familiar está relacionado ao fato de que as violências sofridas pelos participantes nem sempre iniciaram na velhice e, como se sustentavam no significado de idoso enquanto pessoa fragilizada, não associavam suas experiências de violência familiar com a categoria violência familiar contra idosos.

Entre os fatores potencialmente geradores da violência familiar, observados pelos participantes nas próprias relações familiares, enumeram-se: a história transgeracional de violência, a presença de dependentes químicos e questões financeiras. Além dos fatores observados pelos participantes, o perfil de pessoas idosas vítimas de violência familiar apresentado em pesquisas da área se caracteriza como: principalmente, mulheres, morar com o agressor, estar distante fisicamente de outros membros da família e ter como agressor o filho homem, seguido de nora e cônjuge. (Pasinato et al., 2006; Collins, 2006; Minayo, 2007; Santos et al., 2007)

No caso das mulheres idosas que falaram sobre suas experiências de violência familiar, os aspectos que sustentaram a repetição da violência através das gerações ou a continuidade da violência até a velhice, associavam-se ao fato de não acreditarem em outra alternativa de relacionamento com os filhos e maridos agressores; a vergonha de revelar e expor o que consideravam fracasso no desempenho de papéis familiares atribuídos às mulheres quanto à relação conjugal e criação dos filhos e medo da reação dos agressores ou dos familiares. Sendo assim, mantinham a esperança, apegando-se à crença de que a violência iria acabar com o tempo, que o agressor iria melhorar ou se arrepender de seus atos, mantendo a violência silenciada.

Algumas participantes encobriram os abusos até chegar a uma situação limite para então pedirem ajuda e mesmo assim, nem sempre receberam apoio efetivo dos familiares ou dos órgãos de defesa às vítimas de violência. Essa condição as levou a desacreditar nas fontes de apoio, diminuindo sobremaneira as possibilidades de enfrentamento. Os aspectos descritos sustentam a relação de assujeitamento das mulheres evidenciando as questões de gênero, implícitas na dinâmica relacional com os agressores, conforme é amplamente discutido na literatura sobre a violência contra a mulher (Alberdi, 2005; Ravazzola, 2005; Casique & Furegato, 2006; Narvaz & Koller, 2006; Cantera, 2007; L. L.Silva et al., 2007; Parente et al. 2009; Santos, 2009).

Os fatores que impediram o enfrentamento da violência por duas idosas que não reconheceram a sua exposição a esse fato foram, em primeiro lugar, o não reconhecimento e em segunda instância, porque rejeitavam que a geração mais jovem participasse de forma mais ativa nas decisões e responsabilidades familiares por receio de perder a autonomia e/ou o lugar na hierarquia familiar. O participante do sexo

masculino tardou a reconhecer que foi vítima de violência financeira, assim como uma das participantes também não identificou que estava exposta a esse tipo de abuso.

Dessa maneira, as interações geracionais cruzadas das questões do ciclo de vida (Walsh, 1995) novamente se manifestaram sustentando as violências, na medida em que idosos, filhos e netos encontraram dificuldade em construir um espaço seguro para o envelhecer de seus membros, com a transferência gradativa das responsabilidades para as gerações mais jovens, por parte dos idosos e a contrapartida familiar de não infantilizar o idoso. Tratam-no aquém de suas capacidades ou simplesmente, colocam-no como um empecilho para a auto-realização dos mais jovens, circunstâncias verificadas nas tentativas ou ocorrências de abusos financeiros.

Para os idosos participantes, as consequências da violência familiar foram devastadoras, incidindo no aspecto subjetivo com reações emocionais como ansiedade, tristeza, raiva, mágoa, culpa, impotência, entre outras. Na saúde orgânica surgiram doenças ou o agravamento das pré-existentes e nas relações sociais, o isolamento à exposição social. Mesmo os casos ocorridos no passado e já superados eram relatados com intensa emoção, indicando que não só as pessoas envolvidas em situações de violência necessitam de auxílio para enfrentá-las, mas também aquelas que as superaram para ressignificar a experiência e dar sentido à vida.

Em oposição ao que se apontou quanto ao enfrentamento da violência pelos idosos fragilizados, alguns participantes demonstraram por meio de suas experiências que, apesar das dificuldades, encontraram alternativas para os maus-tratos como: reavaliar a situação; afastar-se fisicamente do agressor; manter ou desenvolver atitudes que lhes permitiram maior autonomia em relação ao agressor; buscar a ajuda de familiares; apoio na religiosidade e informações que garantiram o acesso a serviços oferecidos na comunidade, como delegacias e órgãos de defesa. Esse dado é relevante para comprovar a importância da rede social da pessoa idosa e de sua função frente às situações de violência familiar. Além disso, retrata a capacidade de enfrentamento de situações de violência familiar na velhice.

Por fim, merece destaque o evidenciado ao se perguntar aos idosos que negaram a experiência de maus-tratos familiares, o que fariam diante de uma situação hipotética de violência. Perdoar e afastar-

se do agressor foram as únicas formas de enfrentamento visualizadas pelos idosos, ratificando a não identificação de recursos pessoais, na comunidade e/ou institucionais mais eficazes ou que pudessem ser acionados diante de tal problema.

Considera-se que esta dimensão trouxe à tona a diversidade de expressões dos significados da violência para o idoso, destacando-se a quantidade de indicadores dessa violência que extrapola o privado e se expressa no cenário público, em especial, no setor da saúde, cujo tema se abordará a seguir.

6.2 DIMENSÃO II – PROFISSIONAIS DA SAÚDE: COMPREENSÃO E PRÁXIS

Esta dimensão contempla como os profissionais percebem os idosos na relação profissional, os significados da violência de forma geral e a violência familiar contra o idoso especificamente, e como administram o problema considerando-se a postura profissional e as condições institucionais.

Categoria I – Perspectiva dos Profissionais acerca dos Idosos Atendidos

Esta categoria descreve as características dos idosos usuários da US, do ponto de vista dos profissionais de saúde da instituição, envolvendo aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais e analisa como essas características estão implicadas na relação do profissional com o idoso.

A subcategoria **percepção das características dos idosos (1.1)** considerou os aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais dos idosos que, na percepção dos profissionais, se diferenciam dos usuários das demais faixas etárias. Seis profissionais detectaram *perdas decorrentes do envelhecimento (1.1.1)* relacionando as cognitivas, como dificuldade de compreensão e lentificação do raciocínio, declínio dos sentidos e um ainda enfatizou o aspecto regressivo da velhice comparando os idosos às crianças. Entre os aspectos físicos citaram perdas motoras, de mobilidade física e estética e quanto aos papéis

familiares e sociais, a viuvez e a aposentadoria, como nos relatos que seguem.

*Eles têm dificuldade, não adianta a gente querer que eles não tenham, porque **eles não têm uma independência total, eles têm dificuldade de compreensão, às vezes pegam seis ou sete medicações diferentes e não conseguem distinguir, trocam os remédios, têm dificuldades de visão.***(P1)

Acho que a aposentadoria é um problema, principalmente para o homem, a maioria não se prepara para isso, acham que vão ganhar um prêmio e acaba sendo um problema na maioria das vezes. Ele tinha um cargo, tinha que ir lá todo dia bater o ponto, depois não se tem mais nada disso. (P9)

A dificuldade em aceitar mudanças (1.1.2) foi apontada por cinco profissionais, que deram ênfase à rigidez ou cristalização da personalidade na velhice; quatro profissionais notaram a *carência afetiva* (1.1.3) e outros três, consideraram a *tendência à solidão* (1.1.4), como resultado da diminuição da rede social após a aposentadoria, da viuvez e do declínio físico e por ser a velhice uma fase de maior introspecção e revisão de vida.

*Tudo que você quer colocar de novo eles não aceitam de maneira fácil, são **difíceis pra mudança**, então são um público bem diferenciado.* (...) (P1)

*São muito **carentes**, percebo isso demais, pegam na mão da gente, às vezes tenho que entrar, sentar, comer bolo.* (...) (P2)

*Eles se sentem muito **isolados**, geralmente pergunto o que fizeram nos outros dias e eles dizem que ficaram assistindo novela em casa, ‘vale a pena ver de novo’(...) **Isolamento e perdas**, aposentar já envolvem as perdas, os amigos do trabalho, os filhos que saem de casa, ficam sem chão e o medo de ficar isolado o que leva a depressão também. Alguns me relatam **solidão**. Alguns vivem sozinhos, as vezes não tem mesmo parente nenhum* (...) (P8)

Quatro profissionais apontaram os idosos como sujeitos à *maior vulnerabilidade a maus tratos na comunidade (1.1.5)* em que vivem, exemplificados com exploração em serviços de saúde, desrespeito no transporte coletivo e assaltos nas ruas.

*Primeiro o **desrespeito, até colegas** que você vê que porque é idoso trata de qualquer jeito. (P5)*

*(...) É um lugar que é violento, alguns já passaram por isso, **assalto de bolsa**, tanta coisa, então eles sabendo disso já tem **consciência de que sozinho muito não podem sair, fora os acidentes**, né. (P4)*

Os aspectos até aqui descritos se associam às noções de ruptura em função das perdas que marcam o último estágio do ciclo de vida, de acordo com Carter e McGoldrick (1995) e J. L. Silva et al. (1997). Esses profissionais consideram as perdas uma questão central da velhice. Esse ponto de vista coincide com os resultados das pesquisas realizadas com os profissionais da área da saúde quanto aos significados atribuídos ao envelhecimento e à velhice estarem notadamente, associados à maior dependência física e emocional e as queixas e condições mais relatadas nas consultas, à solidão e isolamento familiar (Bezerra et al., 2005; Comerlato et al., 2007; Fonseca et al., 2008).

Por outro lado, quatro participantes reconheceram os idosos como *ativos (1.1.6)* por buscarem informações, atualidades, lazer e por desejarem participar e serem ouvidos nas atividades propostas pelos profissionais na US. As narrativas a seguir, ilustram a surpresa de duas profissionais ao iniciarem o trabalho com idosos na US. Imaginavam encontrar pessoas acomodadas e voltadas às questões do passado, entretanto, relacionando-se com os usuários, perceberam que se tratava de pessoas dinâmicas à procura de uma forma ativa de participação.

*Porque **a gente imagina idoso como uma pessoa que está parando e quando entrei aqui [na US] a minha visão foi outra, são pessoas que fazem caminhada, coisa que a gente não faz, eles dançam, coisa que você não dança, eles montam coisas que você não monta, então são pessoas totalmente***

diferentes. Eles são, não digo todos, mas aqui a maioria deles tem um incentivo enorme, vão passear, se têm hipertensão pra eles não importa, estão indo para os bailes, visitar indústrias, como a Coca-Cola, estão sempre indo viajar. Vejo muita diferença, vejo muita animação neles, mais do que na gente, a gente vai parando antes, já vai se achando velho desde agora. (P7)

Características que denotam *maior maturidade (1.1.7)* foram apontadas por três profissionais que compararam diferenças entre usuários de outras faixas etárias e os idosos, que valorizam as oportunidades o que facilita a relação interpessoal.

Mas também o jovem tem menos paciência, é mais ansioso e o idoso tem mais tempo. O idoso já pensa para dar uma resposta e o adolescente é mais apressado, ele não pensa muito, ele age, ele diz. (P6)

O fato da US desenvolver atividades de promoção e prevenção em saúde, recebendo não só pessoas dependentes ou que vão buscar tratamento para doenças, auxiliou alguns participantes a ressignificar essa etapa do desenvolvimento por meio do contato com idosos ativos e participativos. Mas, apesar de algumas narrativas ilustrarem os ganhos e continuidade na velhice (Carter & McGoldrick, 1995 e J. L. Silva et al., 1997), como a maturidade e o envelhecimento com participação social, as circunstâncias associadas às perdas e declínio predominaram entre os profissionais.

A subcategoria **percepção da relação profissional/usuário idoso (1.2)** detectou como os profissionais percebem as implicações das características dos idosos nos serviços a eles prestados. Sete participantes disseram que os idosos *exigem mais atenção e paciência (1.2.1)* dos profissionais. A atenção se refere ao relacionamento afetivo, pois o idoso tenta suprir na relação com o profissional, a falta de outras possibilidades ou o isolamento que vivencia nas relações familiares. Essa atenção é demandada também pela confiança que o idoso deposita nos profissionais e busca, nesse vínculo, elementos para se sentir seguro face às inúmeras fragilidades que surgem em decorrência do envelhecimento. Nesse sentido, o profissional precisa se dispor a dar a

atenção que o paciente solicita e gerir o fator tempo, já que o atendimento exige mais envolvimento por questões afetivas ou declínio orgânico, como dificuldade de compreensão, ocasionada por perda auditiva, ou dificuldade de deslocamento.

*(...) O idoso é carente de uma atenção maior, o que você oferece ele quer saber mais, ele aprofunda mais. Tem consulta que dura meia hora, você fica conversando, fala da alimentação, do cuidado com os pés, do rodízio da aplicação da insulina. **Eles querem realmente atenção, querem ser mais ouvidos. (P3)***

*É o meu jeito de trabalhar com o idoso, não que eles exijam, mas a gente já sabe que precisa de um cuidado maior, uma atenção maior com eles, **ter paciência de repetir olhando no olho dele, para ver se ele está prestando atenção no que você está falando, se ele é surdo tem que estar prestando atenção na tua boca para ver, tenho muita dó que às vezes a pessoa vem e fala rápido e não vê que ele fica perdidinho. As vezes eu acabo o meu procedimento e vou lá e pergunto se ele entendeu o que a pessoa [um outro profissional] falou e repito. As vezes a pessoa não tem paciência de falar na linguagem deles que é mais humilde. É **delicadinho** assim, **tenho dó** quando as pessoas não percebem que tem que tratar eles de um jeito assim diferente. Tem que ter a delicadeza de prestar atenção e ver a dificuldade que o outro tem. (P5)***

Esses casos compactuam com o discutido por Vianna, Vianna e Bezerra (2010) quando defendem que na relação médico-paciente idoso, a escuta autêntica exige paciência, atenção e interesse para que desenvolvam um relacionamento construtivo. Assim, ao incorporar cuidados com o sofrimento do paciente, além do conhecimento técnico e diagnóstico, inclui a sensibilidade para conhecer a realidade da pessoa, ouvir suas queixas e encontrar com ela, estratégias para lidar com o envelhecimento, doenças e decrepitude. Além disso, essa postura profissional ancora-se nos princípios da clínica ampliada, conforme a Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2004), que

extrapola os indicadores biológicos e precisa necessariamente, incluir aspectos psicossociais.

Se por um lado, as narrativas dos profissionais indicaram a preocupação em possibilitar um espaço de escuta e atenção ao idoso, o uso de expressões no diminutivo, como empregado no segundo exemplo, denota certo estereótipo de fragilidade generalizada para todos os idosos. Nesse viés, Golub e Langer (2007) apontaram que a utilização desse tipo de expressão pode ser uma das manifestações de *ageismo*, já que contribui para a infantilização da pessoa idosa.

Quatro profissionais relataram que os idosos *são mais agradecidos* (1.2.2) porque expressam mais abertamente a sua gratidão ao atendimento recebido.

*(...) Eu também em contrapartida, eu tenho muitas coisas agradáveis para te contar, porque **eles me trazem lanchinhos, bordados, cachecol... trazem tantas coisas porque eles querem me agradar** (risos). Eles próprios fazem e sempre me presenteiam, são muito carinhosos. (P10)*

Quatro profissionais indicaram que os idosos *aceitam melhor as orientações* (1.2.3) em relação ao tratamento e ao funcionamento da US. Essa atitude se associa à maior preocupação com a saúde e pela maturidade que lhes possibilita entender a intenção dos profissionais e reconhecer as suas limitações e as da US, como também pela questão afetiva.

*Eu acho que **o idoso valoriza mais a informação que você dá**. Isso a gente percebe claramente dentro do consultório quando [fala procedimento que realiza]. Ele valoriza o que você oferece para ele, o jovem já não. (P3)*

*Os idosos aceitam, fazem questão, porque eles têm aquele vício, eles se viciam até [no atendimento]. **Eles gostam mais, aceitam mais, não sei se por causa da idade e da solidão também.** (...) Eu acho mais fácil do que trabalhar com o adulto, acho que eles são mais educados e conseguem entender mais. (P4)*

A percepção de que os idosos *fazem parte de um grupo heterogêneo* (1.2.4), é aceita por dois profissionais.

(...) Mas eu vejo assim, que eles são mais maduros, alguns não cresceram, continuam com manha de criança, você tem que ter essa capacidade de entender isso. Mas eu acredito que os idosos aprendem sim, as pessoas se enganam pensando que eles não aprendem mais, às vezes a pessoa acredita que está velha e não vai mais mudar, acho que precisa uma disposição interior para tudo, se você disser que não vai mais mudar, daí não muda mesmo. (P6)

Mas os idosos, como eu te falei são uma população muito heterogênea, cada um tem um perfil, um jeito, então não dá para estabelecer regras, protocolos. Se for usar protocolos vai ter problemas, tem que abrir vários adendos. (P9)

Trabalhar com usuários idosos também leva o profissional a pensar no próprio envelhecimento (1.2.5). Dois participantes da pesquisa identificaram essa característica na relação profissional/idoso, como ilustra a seguinte narrativa.

*Acho que tem muitas coisas, muitos sentimentos passam por nós. Primeiro nós temos que trabalhar como eu, por exemplo, que já tenho [fala idade], **trabalhar o meu próprio envelhecimento, a aceitação desse envelhecimento.** (P6)*

Vianna et. al. (2010) discutem que os profissionais de saúde que atuam com idosos passam pelo mesmo processo de envelhecimento. Eles salientam que os problemas dos pacientes emocionam os profissionais, direta ou indiretamente, na medida em que se identificam com as situações vivenciadas pelos idosos que cuidam. Essa circunstância permite aos profissionais refletir sobre o envelhecimento de seus familiares e nas suas relações com eles, pois em vários momentos das entrevistas, recorriam às experiências familiares para exemplificar seus pensamentos.

A presente categoria ilustrou que os profissionais da saúde que atuam na US percebem mais as características associadas ao processo de declínio nos idosos atendidos. Apesar de fazerem algumas considerações sobre a possibilidade de um envelhecimento ativo, salientaram as associadas à perda, dependência e carência.

Essas particularidades também despontaram na relação do profissional com o idoso quando este exige envolvimento acentuado de afeto e de tempo necessário para as consultas, em função das limitações da idade. A opinião dos profissionais indicou que ao suprirem as necessidades dos idosos, estes se mostravam envolvidos no tratamento ou atividades propostas e agradecidos, recompensando o trabalho do profissional.

O fato de os profissionais salientarem o declínio na velhice em detrimento dos ganhos e continuidade nessa etapa, relaciona-se possivelmente, com as condições da clientela atendida, já que os idosos mais fragilizados demandam mais dos profissionais. Por outro lado, todos os profissionais têm acesso a informações sobre as diversas condições e maneiras de envelhecer, já que a US é um centro de referência na atenção aos idosos, da cidade. Por esse motivo, justifica-se a necessidade de formação específica para o trabalho com idosos, como indicam por Motta e Aguiar, (2008) e Souza et. al. (2008), para possibilitar espaço de reflexão sobre o envelhecimento humano. Nesse contexto, entre os dez participantes desta pesquisa, apenas três tinham cursos de especialização em Geriatria ou Gerontologia, outros três haviam participado de cursos curtos e quatro aprenderam, na prática, a trabalhar com idosos.

O predomínio da visão sobre declínios da velhice se ancora na concepção organicista e para a saúde do corpo, o que se constitui um dificultador na abordagem de situações de violência familiar, como será discutido adiante.

Categoria II – Significados Atribuídos à Violência e à Violência Familiar contra o Idoso

A Categoria II apresenta as imagens, ideias e pensamentos dos profissionais da saúde da US, que incluem considerações sobre acontecimentos sociais, profissionais e familiares sobre a violência, de forma ampla, e da violência familiar contra o idoso, em particular.

A subcategoria **além da agressão física (2.1)** mostrou que a palavra violência é de difícil conceituação por se referir a diferentes formas de agressão, como a falta de respeito ao outro. A *sobreposição de diferentes tipos de agressão (2.1.1)* foi indicada por cinco profissionais que indicaram principalmente, as agressões físicas e psicológicas, como na narrativa que segue.

Tudo que agride em qualquer sentido, tanto psicológico, como físico é um tipo de violência. Tudo que as pessoas fazem assim, mas não só físico como mental mesmo, psicológico, eu considero como violência. (P7)

Quatro entrevistados associaram o significado de violência com a *falta de respeito em relação ao outro (2.1.2)*, e salientaram falhas na formação moral ocasionando danos quando uma pessoa não percebe que ultrapassa o limite da outra nas relações, como no relato abaixo.

Quando as pessoas ultrapassam o limite uma da outra. Deixa de ter o respeito pelo limite do outro, invade o outro, causando algum tipo de problema, trazendo alguma coisa que seja ruim pra pessoa. (P1)

Três profissionais, além de apontar diferentes significados para violência, constataram a dificuldade de definir a palavra, por perceberem que o significado é *amplo (2.1.3)* porque uma situação pode envolver diversos tipos de agressão e por considerarem violência tudo o que causa prejuízo ao outro, desde fatos ou situações pequenas até os graves, exemplificados a seguir.

*(...) Então violência assim é uma coisa muito **ampla**, para você definir. Acho que violência é tudo aquilo que traz prejuízo para alguém, seja em qualquer aspecto. A pessoa que se vê violentada, que se vê **prejudicada**, que teve alguma coisa que está prejudicando essa pessoa, pode ser **nas mais diversas áreas**. (P9)*

Fazer crítica sobre o que a pessoa gosta e está acostumada. Isso são coisas pequenas, mas podemos gradativamente

chegar lá em coisas bem sérias, quando a pessoa agride a outra fisicamente. (P1)

Entre os profissionais, o significado do que é violência se associa à ideia de diferentes tipos de agressão, predominantemente, física e psicológica e aos meios pelos quais ela se manifesta como a falta de respeito nas relações e ações que causam prejuízo ao outro. Esse dado compactua com o descrito na literatura ao afirmar que as manifestações de violência geralmente, envolvem mais de um tipo ou modalidade de expressão (Krug et al., 2002; Minayo, 2007) e há dificuldade em estabelecer o ponto dentro de um *continuum*, em que deixa de ser agressividade e passa à agressão, de acordo com Osório (2001).

Os significados trazidos pelos profissionais apontam para a ampliação do campo semântico da violência (Rifiotis, 2006, 2008), uma vez que as definições apresentadas pareciam incompletas aos depoentes e então buscavam alternativas para exemplificar as construções do conceito. Diferentemente dos idosos, os significados da palavra violência entre os profissionais, indicaram maior complexidade do fenômeno e dificuldade em apreendê-lo em definições.

A subcategoria **pela descrição de comportamentos de familiares em relação ao idoso (2.2)** descreveu a identificação, pelos profissionais, de diferentes manifestações de violência no modo de agir do familiar em relação ao idoso. *Privar o idoso de recursos em proveito próprio (2.2.1)* foi comentado por oito profissionais que listaram várias formas pelas quais os familiares se apropriam dos recursos financeiros ou do patrimônio da pessoa idosa. Entre elas citam-se os recorrentes: usar o cartão de aposentadoria; asilar o idoso para usufruir de seus recursos; tentar a interdição ou decidir sobre a utilização de seu patrimônio, como confirmam os depoimentos abaixo.

Aconteceu um caso assim, ontem, passou pela avaliação do [fala nome do profissional]. Essa senhora foi com a cuidadora e ela insistia que ela [a idosa] estava muito depressiva, que estava muito ansiosa, não sei o que lá ... não é Alzheimer o caso dela, mas um dos filhos induziu ela a assinar um documento que ela não sabia bem o que era aquilo, mas que quando finalmente conseguiu ver o documento era da venda de uma propriedade que ela tinha ...

então você veja ... isso é uma violência ... essa mulher hoje está sofrendo por causa disso aí.(...) (P9)

*Deixa eu te contar uma história que também acho que é violência ... **acho não, tenho certeza que é violência.** Uma senhora herdou do marido um terreno muito grande e tinha uma casa nos fundos e a frente imensa. Com o dinheiro da aposentadoria fez uma casa de madeira super boa na frente. O filho e a nora faliram, ela estava morando na casa da frente, a nova. Pois o filho veio e **colocou ela nos fundos**, trouxe as coisas dele e colocou na casa da frente e a idosa nos fundos. (P2)*

Atos que caracterizam abuso financeiro, relatados pela maioria dos profissionais, salientam-se em pesquisas realizadas em delegacias e/ou órgãos de proteção ao idoso que indicam ser essa agressão frequentemente, denunciada nesses locais (Chaves & Costa, 2003). Dessa forma, deduz-se que a situação financeira do idoso se constitui um paradoxo, pois, por um lado, facilita-lhe ocupar um lugar de respeito, conforme indicado por Mattos (2009) e por outro, aumenta sua vulnerabilidade a situações abusivas.

Quatro participantes fizeram referência a *isolar* (2.2.2) o idoso ou privá-lo do convívio familiar e/ou social, em sua residência ou em instituições para idosos. Assim, o *asilar* (2.2.3) também foi considerado por três depoentes como maus tratos aos idosos, de acordo com o exemplos abaixo.

*Vejo que é **ter um idoso em casa e isolar ele**, às vezes **levar para um asilo e largar lá** e a gente sabe de pessoas que não precisam estar lá. Então isso é violência, não é só chegar e bater no idoso, isso é agressão. (P8)*

*Também tem a [violência] social, a violência que **confina o idoso em casa, não deixam ele sair, ir numa festa, aniversário, casamento de familiar** ‘não pode porque o pai tá gagá’. Tem os casos de filho que não cumprimenta o pai ou não telefona para o pai, é uma violência, filho distante que as vezes leva meses e meses, sei de pessoas que levam*

anos para ligar para o pai, isso é uma violência, eu entendo isso como uma violência. (P9)

O conteúdo dessas narrativas remete à construção social a respeito da velhice como uma fase de maior isolamento e predomínio de declínio orgânico, bem como corrobora os dados de Comerlato et al. (2007) e de Fonseca et al. (2008). Em suas pesquisas sobre a representação social da velhice, descobriram que os profissionais da saúde tendem a associá-la à exclusão social e de dependência da família e resultante da noção de declínio e, portanto, mais sujeitos à violência familiar.

Quanto à institucionalização dos idosos, esta ação foi considerada como forma de violência sempre que acompanhada de abandono por parte dos familiares. Entretanto, quando os familiares acompanham e monitoram a qualidade dos cuidados oferecidos, foi vista como alternativa para o idoso dependente face às inúmeras dificuldades que o cuidar envolve.

Nesse sentido, observa-se que se referem ao idoso fragilizado e vitimizado, incapaz de agir por si. Nessa circunstância, a família é a principal responsável pelos seus cuidados e bem-estar, opinião e expectativas compactuadas pelos idosos participantes desta pesquisa.

Na mesma linha de raciocínio, *deixar de cuidar do idoso dependente* (2.2.4), quatro profissionais definiram a omissão como violência e enfatizaram a importância dos cuidados com higiene pessoal, alimentação e prevenção de quedas, como mostra o seguinte exemplo.

Se eu estou com a minha mãe e eu tenho um compromisso que eu não posso levá-la, antes do meu compromisso eu tenho que ver alguém com quem eu possa deixá-la, ou um tipo de creche ou um parente, alguém que eu conheça para ficar com ela, não posso deixar sozinha uma pessoa idosa. É violência, um desrespeito. Acontece alguma coisa a responsabilidade é minha, porque eu deixei sozinha, que tome um susto, um tombo, a culpada sou eu, então eu fui violenta não respeitando aquela pessoa que deixei sozinha, ela é uma indefesa, é uma criança indefesa. Por mais que ande, que esteja lúcida, é uma pessoa idosa, já está sem

reflexo, sem caminhar rápido, sem nada, tudo é diferente.
(P5)

Três profissionais identificaram *tirar a autonomia* (2.2.4) em algumas famílias, ao privar a pessoa idosa de ter vida própria porque os familiares se preocupam e decidem por eles como uma forma de proteção ou por considerarem que os idosos já não têm mais desejos ou direitos, como iniciar um novo relacionamento afetivo após a separação ou viuvez mas, que devem auxiliar os filhos e netos naquilo que precisam.

O seguinte exemplo ilustra o pensamento de uma das profissionais da US, que identificou nas mulheres idosas que atendia, as mesmas questões que vivenciava com seus familiares.

*Eu vejo muito assim, eu acho violência uma mãe jovem dizer para sua mãe ficar cuidando dos filhos quando ela precisa, eu acho que é certo assim, eu quero ajudar a cuidar dos meus netos, pois bem, **minha filha ou meu filho estabeleçam o dia que eu vou cuidar para eu organizar a minha vida.** Eu falava ontem com uma senhora que dizia ‘não posso me comprometer porque a minha filha ela nunca marca hora para me solicitar para eu ficar com os netos, de repente, não estou esperando e ela me solicita’, eu acho isso uma violência. **Isso é achar que o idoso já viveu, agora ele pode ficar disponível.*** (P6)

O exemplo acima comprova os desafios a que estão expostas as famílias em relação ao envelhecimento de seus membros e ratificam a opinião de Walsh (1995), ao dizer que as adaptações necessárias nessa etapa do ciclo de vida levam em consideração a qualidade dos vínculos nas etapas precedentes. Dessa maneira, além das pressões externas e das mudanças na estrutura das famílias na atualidade, o vínculo existente entre o idoso e seus familiares também deve ser considerado para se compreender como algumas famílias superfuncionam pelo idoso e outras, ignoram ou negligenciam suas necessidades ou o abandonam.

Esses dados também se confirmaram na dimensão anterior, na discussão sobre a concepção dos idosos sobre violência familiar, quando se apresentaram os elementos de análise 2.2.4 e 2.2.5 os quais ilustraram

o tirar a autonomia e o desrespeito pelos netos, respectivamente. Eles indicam possíveis conflitos ou maneiras de conceber o envelhecimento e as necessidades da pessoa na velhice, entre as diferentes gerações e também mostra a existência de questões de gênero.

Sintetizando, esta categoria demonstrou que o significado de violência para os profissionais se agrega a uma pluralidade de situações e associações de diferentes tipos. Essa constatação confirma a opinião de Fuster (2002) e de Rifiotis (2006, 2008) de que o termo violência é um significante que está sempre aberto e em construção contínua. Além dos diferentes tipos considerados na análise dos profissionais, à violência se adicionam as ações que causam prejuízo ao outro, que rompem limites anteriormente colocados e não respeitam ou não levam em consideração as necessidades do outro nas relações.

Os profissionais, assim como os idosos participantes desta pesquisa, expuseram suas expectativas de que a família funcione como amparo e proteção ao idoso no estágio tardio da vida. Consideram violência familiar contra o idoso os atos que ferem esse princípio como não cuidar, isolar, asilar, tirar a autonomia e usufruir de seus recursos financeiros.

Porém, alguns fatores que afetam as famílias atuais necessitam ser revistos e considerados, como a tendência ao “não esvaziamento do ninho” (Silveira & Wagner, 2006) que leva à convivência entre diferentes gerações. Essa ocorrência se observou entre os pesquisados, pois, em apenas três casos não havia a coabitação entre membros de gerações distintas. A convivência entre gerações as interações geracionais cruzadas (Walsh, 1995), e a qualidade dos vínculos anteriores quando as relações se invertem (Erbolato, 2002) precisam ser avaliadas e compreendidas para que os profissionais auxiliem as famílias no enfrentamento dos conflitos, que, somados a fatores externos, podem aumentar as possibilidades de a família não cumprir as suas atribuições, entre elas, oferecer espaço para o envelhecimento de seus membros (J. L. Silva et al., 1997). Com essas medidas evita-se responsabilizá-las unicamente, pelas suas insuficiências ou falhas.

Os profissionais ponderaram sobre a violência familiar contra o idoso a partir do significado de declínio e fragilidade e o idoso, considerado vítima por não receber o amparo adequado da família. Eles se remeteram principalmente, ao idoso frágil e dependente e às questões geracionais associadas ao seu desencadeamento, sem que os impasses de

gênero fossem abertamente discutidos, apesar de aparecerem de forma implícita nas situações por eles ilustradas.

Categoria III – Aspectos Potencialmente Geradores de Violência Familiar contra o Idoso

Esta categoria discorre sobre as variáveis individuais e contextuais que interferem no aumento da vulnerabilidade para que ocorra a violência contra o idoso.

A subcategoria **contexto familiar (3.1)** mostrou elementos da estrutura e funcionamento familiar que, uma vez presentes, colocam os idosos em situação de maior vulnerabilidade. Citam-se a *presença de dependentes químicos (3.1.1)* relatada por cinco profissionais, *questões financeiras (3.1.2)*, por três, e *história de violência na família (3.1.3)* por um, como fatores responsáveis pela violência contra o idoso, semelhantemente ao apresentado na dimensão relacionada aos idosos e o contexto familiar (subcategoria 3.2). Os relatos abaixo são exemplos.

*O que eu fico mais atenta é quando eu vou visitar casais que são idosos ou mesmo de meia-idade e **tem pessoas que tem vícios na casa**. Que é alcoólatra, que é dependente químico cruzado, álcool e drogas, isso eu fico preocupada, porque uma hora pode acontecer uma situação que eles não sabem quem são as pessoas e podem ter relação sexual, mil coisas erradas com o pai ou com a mãe, com a irmã, ou com a pessoa que é especial, isso eu fico muito preocupada. (P5)*

*Acho que inúmeras situações, **a crise financeira** é uma que gera violência, porque quando a pessoa tem dinheiro ela tem um pouquinho mais de valor dentro desta família. (P6)*

*Pode ser por **dentro da casa já haver casos de violência** de pai contra a mãe, que gerou uma família com problemas. (P1)*

Três depoentes também consideraram problemas na educação dos filhos na infância, como a *falta de limites (3.1.4)* e cobrança de responsabilidade, repercutindo na relação entre pais idosos e filhos

adultos. Um participante apontou o *idoso visto como entrave para realização de planos pessoais dos filhos* (3.1.5). Avaliam ambos como potencialmente geradores de violência contra o idoso, conforme narrativas que seguem.

Os idosos que mais sofrem são aqueles que não passaram responsabilidade [para os filhos], os filhos sempre tiveram alguém passando a mão, apaziguando a situação, cobrindo furos. Essa geração tá assim muito dependente de pai e mãe, mesmo depois de adultos, fazem filhos e família irresponsavelmente e depois voltam. (P2)

(...) outro fator é ... tem muito da educação da pessoa, o que ela acredita, o que ela pensa da vida, do próprio envelhecer. Acho que muitas das agressões é não suportar alguém que já passou daquela fase, de uma certa idade, já não merece mais estar aqui ou a pessoa está visando a herança e o idoso nunca morre, poderia estar usufruindo disto, ‘minha vida está passando e meu pai e minha mãe vivem’ assim, é muito louco tudo isso que eu estou falando mas tem essas coisas também. (P6)

O conteúdo dessas narrativas corrobora mais uma vez a opinião de Ravazzola (2005) quanto à objetualização do outro, presente nas relações onde há violência. Nesse viés, quando não há limites claros nas relações é comum se verificar inversões ou relações hierárquicas fixas e a anulação do outro na busca da auto-satisfação. Há o agravamento dessa ocorrência quando se visualiza a velhice apenas como fase de declínio e dependência. O idoso, sem uma função para a família, é alvo de hostilidade pelos conflitos que a sua presença pode gerar. Já se considerou esse aspecto anteriormente, na dimensão dos idosos, discutido na subcategoria 3.1.1 ao se apontar a intolerância dos mais jovens com o idoso.

Seis participantes mencionaram a *dificuldade dos filhos em retribuir os cuidados recebidos no passado* (3.1.6) como uma consequência para os idosos, do funcionamento familiar em etapas anteriores desse ciclo de vida. Os profissionais explicitaram os seus valores de família como um espaço de cuidado mútuo e em suas

narrativas se remeteram seguidamente, aos relacionamentos com os seus pais para ilustrar o que esperam e consideram adequado nas relações familiares com idosos.

(...) então tem que estar preparados para ter carinho por essa pessoa, porque eles deram tudo para a gente. Eu vejo pela minha mãe, minha mãe tem 13 filhos vivos, teve 15. Lavou roupa no rio para dar o sustento, meu pai trabalhava na mina, então se a gente é alguma coisa hoje eu agradeço a ela. As vezes eu deixo de ir em algum lugar porque a mamãe não quer ir e eu também não vou, meu filho fala ‘vai, vai, mãe, ela tem 13 filhos’, eu digo que ela tem 13 filhos mas é minha mãe, se ela está indisposta para ir eu fico com ela, ‘vocês vão ter bastante tempo para sair junto com a mãe, a avó tem 84 anos, então a mãe fica com a avó, amanhã nós não sabemos da avó e nem de nós, mas vamos fazer hoje’. Então tem que preparar as pessoas, tem que parar e pensar o que aquele idoso foi na tua vida, foi alguma coisa de bom na tua vida, ela é um alicerce para mim. (P5)

Por mais complicado que seja pensar, os pais cuidam de você quando você é pequenininho, na escola querem te dar o melhor e quando chega a idade em que eles estão vê ... [ia dizer velhos] mais idosos, não sei se a família não enxerga tudo aquilo que foi feito. Eu tenho meu pai e minha mãe, que brigaram a vida inteira pela gente, fizeram tanto pela gente, agora vou pegar e dizer ‘não quero saber, é problema dela, vou cuidar da minha vida’, acho que é isso que acontece muito hoje. Não sei, esse ponto aí é difícil definir, depende de cada um. Eu sei que eu jamais vou deixar a minha mãe em qualquer lugar, já disse para ela ‘quando estiver cansada vai lá para minha casa, vai ficar comigo’ eu penso assim, meus irmãos pensam igualzinho. (P8)

A opinião desses profissionais se pautou em suas relações familiares com idosos e reflete as construções sociais relativas às relações em família. Assim, valorizam a sequencialidade de cuidados

visíveis na ideia de que os pais cuidam dos filhos que cuidam dos pais, atitude possível quando existe afeto que os une.

Esse dado reitera o exposto por Erbolato (2002) e Penso e Morais (2009) quando analisam a qualidade das relações que garantem a continuidade do suporte emocional e instrumental entre pais e filhos, na vida adulta. Krug et al.(2002) também abalizam esse posicionamento ao apresentarem que a qualidade dos vínculos prévios entre o idoso e seus familiares pode ser um preditor da qualidade das relações na velhice, bem como do risco de maus-tratos.

Os entrevistados idosos da presente pesquisa fizeram essa constatação ao se referir à falta de consideração dos familiares mais jovens, pelas contribuições do idoso no passado, assunto discutido na subcategoria 3.1.2, da dimensão anterior.

Analisando as narrativas dos profissionais sob outra perspectiva, infere-se que o recurso de se referir aos seus pais idosos para ilustrar situações ideais de família, remete ao que Rifiotis (2006) apregoa quanto à dificuldade de as pessoas reconhecerem que a violência está em cada um e que pode se manifestar mediante condições contextuais que a favoreçam. Frente a essa dificuldade, ela está sempre no outro, não em mim. Os depoimentos confirmam o que é frequentemente revelado sobre as próprias experiências familiares, divulgando aquilo que funciona bem e é valorizado nas relações familiares. Contudo, o que não está bem, especialmente, se envolve maus-tratos, é normalmente, silenciado. Convém refletir sobre essa questão para buscar alternativas que facilitem a exposição e manejo das situações de violência familiar.

A *sobrecarga do cuidador* (3.1.7) foi citada por quatro profissionais, como no depoimento abaixo, que salientaram as dificuldades de quem cuida de um idoso dependente, seja cuidador formal ou informal.

Essa mulher [cuidadora] está estressada, vai ficar mais doente que o doente e às vezes o cuidador mora junto com o paciente, daí ninguém mais se organiza para isso e a situação fica bastante complicada. (...) Agora eu não culpo muitas vezes o cuidador, porque as vezes ela tá trabalhando 24 h por dia a semana inteira, as vezes eu até defendo, as vezes bate porque está no limite dela, faz uma semana que

*não vai para casa não vê o marido, os filhos, está o dia inteiro, a paciente gritando, gritando. Quem é que aguenta? Aí começa a violência, mas será que não tem uma violência induzida pela família também? Deixar só uma mulher direto com ela? Paga lá R\$1500,00 e ela que se vire. **É a própria família que está violentando o cuidador.** Às vezes eu defendo esse pessoal, não gostam, mas eu defendo, estão no limite. (P9)*

Cuidar de idosos dependentes, principalmente portadores de quadros demenciais, é vastamente estudado e apontado como prejudicial à saúde e à qualidade de vida do cuidador (Neri & Sommerhalder, 2002). Essa função conduz à sobrecarga física e emocional, que por sua vez, é considerada um dos fatores de risco para a violência familiar contra o idoso (Krug et al., 2002; Torres et al., 2004; Coelho et al., 2006; Silveira et al., 2006; Moraes et al., 2008; Gonzáles & Zinder, 2009; Perez-Rojo et al., 2009; Wang et al., 2009; Cooper et. al, 2010; Wigglesworth et. al, 2010). Aspecto também apontado pelos idosos participantes no elemento de análise aumento da dependência do idoso (3.1.3).

Dois participantes apontaram *as pressões externas (3.1.8)* a que as famílias estão submetidas na atualidade, como o trabalho e as finanças, como fator de isolamento porque elas têm pouco tempo para cuidar e dar mais atenção para a necessidade dos idosos. Devido à presença desses fatos, a fala dos participantes delatou o desinteresse ou pouco envolvimento dos familiares com o idoso, sustentando o isolamento dentro dos lares. As mudanças na estrutura e funcionamento das famílias, bem como a busca pela auto-realização e as pressões sociais e de trabalho, propiciam o isolamento dos idosos dentro dos lares e sinalizam para a dificuldade das famílias em promover ajustes para enfrentar o envelhecimento de seus membros, conforme descrito por Carter e McGoldrick (1995).

A narrativa a seguir explana a experiência familiar de uma das profissionais que tem a mãe idosa e se sente dividida entre dar atenção à mãe, ao marido, aos filhos e às próprias necessidades, após um dia de trabalho.

*O que mais tem são famílias que não tem paciência com seus idosos. Porque eles ficam muito mais carentes e sensíveis e daí eu penso assim, **o filho, a filha ou a nora trabalham, chegam com aquela canseira do trabalho, canseira dos filhos deles, da vida deles e ainda tem aquele idosinho precisando sugar eles.** Porque você chega num idoso, ele quer te contar tudo, querem te passar as coisas. Eu vejo pela minha mãe que tem 84 anos, eu chego em casa ela quer me contar tudo, fica uma concorrência, ela e meu marido, para me contar o que aconteceu, um conta, outro conta, daí eu vou olhar para um o outro me chama como quem diz ‘agora sou eu que quero falar’, então é assim que o idoso se sente, porque o outro da casa não está com paciência de ouvir. Tem o trabalho difícil na rua, mais o filho com problemas, daí o idoso fica para terceiro plano, porque ele é um idoso, isso é triste para eles, ser um estorvo, ficar sozinho, dentro de casa e não ter com quem conversar. (P5)*

A subcategoria **características do idoso (3.2)** discutiu os aspectos individuais com potencialidade de gerar violência contra o idoso. Assim como a história de violência na família foi considerada por alguns participantes, dois referiram-se ao idoso *agressivo (3.2.1)* com os familiares, no presente ou no passado, como motivo para os familiares também maltratá-lo.

*Às vezes a gente ouve filhos que dizem ‘ah meu pai é insuportável’ e com o tempo de atendimento **a gente percebe quando foi uma pessoa super complicada, foi uma pessoa que não foi legal para a família e a família tem que suportar.** Há muitos anos atrás eu trabalhei no [fala nome de um hospital] e eu lembro que a gente foi levar um idoso para casa e a família disse ‘não, aqui ele não vai entrar’, **o idoso tinha provocado violência, até estupro da filha, agredia a família,** a esposa, os filhos, ela dizia ‘minha mãe morreu por causa deste homem, eu não quero ele, pode largar onde quiser’. A gente apelava ‘mas é seu pai’, e ela ‘não quero saber se é meu pai, antes eu nunca tivesse conhecido essa pessoa’. (P6)*

Essa verificação condiz com Krug et al. (2002) e com o Plano de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (Presidência da República, 2005) em relação à vitimização dos idosos em função da violência perpetrada por eles em fases anteriores do ciclo de vida. Analisa-se esse dado enquanto fenômeno multifacetado que deixa o indivíduo exposto tanto ao processo de ser vitimizado quanto de agressor, ao mesmo tempo.

A situação do idoso que *nega a dependência* (3.2.2) foi mencionada por um depoente, de acordo com a fala a seguir.

*(...) Ela é daquelas pessoas com **excesso de individualidade**, o que também prejudica, a pessoa **ser tão independente**, tão individual que às vezes prejudica. (...) **No idoso é a negação, no caso uma pessoa que não aceita as coisas**, daí já entra o quadro mental dele. É porque se ele não aceita ele vai se auto-negligenciando, não se cuida, como aquela que eu contei e a justiça é muito lenta. (P4)*

A autonegligência, compreendida como o comportamento da pessoa idosa que ameaça a sua saúde ou segurança pela recusa de se prover de cuidados indispensáveis (INPEA, 1995), configura-se como a contrapartida do idoso nas relações, porque não basta esperar da família disposição para ampará-lo, se ele não se dispõe a receber os cuidados, aceitando as suas limitações.

O idoso *carente de afeto* (3.2.3) também foi citado por um profissional que para exemplificar, falou de mulheres idosas que se tornam vulneráveis quando estabelecem novos relacionamentos afetivos.

*O que acontece muito com as idosas é assim, elas se sentem **carentes e não raro arrumam um namorado** e esses, não é regra geral, mas com alguma frequência vem **extrair alguma coisa delas, como dinheiro emprestado**. Atendemos várias pessoas que emprestaram dinheiro, iludidas de que o cara iria fazer uma reforma no apartamento para viverem juntos e felizes para o resto da vida, tirou todo o dinheiro da conta e não viu mais o namorado. **Algumas não deram o dinheiro, mas levam um soco, uma surra**, algumas coisas assim. (P6)*

Apesar de não mencionar novos relacionamentos afetivos, a vulnerabilidade a abusos financeiros entre os idosos é assinalada por Santos et. al. (2007) como facilitadora de agressão por temerem a solidão ou o asilamento. Além da violência financeira, os idosos também podem ser manipulados de outras formas, pelo mesmo motivo.

Diretamente associados aos dados discutidos na categoria anterior, os aspectos potencialmente geradores de violência familiar contra o idoso, na perspectiva dos profissionais da US, apresentados na presente categoria, estiveram ancorados nos significados de vulnerabilidade e declínio na velhice. Mediante a construção desses significados, evidenciou-se uma visão polarizada que coloca o idoso como vítima e a família como responsável pela incapacidade de oferecer um espaço digno de cuidados à pessoa idosa, naturalmente mais frágil. Portanto, as considerações dos profissionais estiveram mais pautadas em uma linearidade e menos em uma análise da complexidade e interdependência dos fatores, de acordo com estudiosos da área (Osório, 2001; Minayo, 2006).

Todas as informações da análise denotaram a dificuldade ou incapacidade do familiar ou da pessoa que convive com o idoso, em reconhecer as suas necessidades ou vê-lo enquanto sujeito. Nesse sentido, Ravazzola (2005) concorda que o não reconhecimento do outro enquanto sujeito possibilita a dominação, exploração ou opressão e o estabelecimento de hierarquias rígidas, nas quais um fica à mercê da determinação ou vontade do outro.

Em seus depoimentos, os profissionais elucidaram a questão com exemplos de filhos que agridem os pais no presente porque estes já não demonstram a mesma força de outrora, quando eram os agressores. Também esclareceram que filhos abusam financeira ou fisicamente por perceberem que os pais necessitarão receber mais do que têm possibilidade de dar, tornando-se um obstáculo em suas vidas. Ainda clarificaram que filhos não assimilaram o valor da retribuição de cuidados e negligenciaram as necessidades dos mais velhos. Mencionaram cuidadores esgotados frente à dependência crescente dos idosos e finalmente, pessoas das relações íntimas que veem no idoso uma oportunidade de ganhos financeiros.

Deduz-se a partir desses dados e do que os profissionais narraram, que a “coisificação” do idoso se estabelece de acordo com a

qualidade dos vínculos anteriores e à medida que ele não exerce mais relações igualitárias com os membros de sua rede, demandando mais do que oferta ou quando não ocupa o mesmo lugar que lhe conferia poder nas relações. Somam-se a isso, a desvalorização social da velhice, principalmente, quando seguida de dependência e os valores da sociedade contemporânea, que privilegiam a individualidade e auto-realização e impõem pressões para realizá-los. Precisa-se considerar que o idoso, incluído nesse contexto, também valoriza sua independência e individualidade e face às limitações do envelhecimento, reluta em abdicar de suas conquistas para estabelecer uma relação de dependência com filhos ou cuidadores, o que pode culminar em uma violência auto-infringida.

Entre os diversos conflitos ou desacordos geracionais citados pelos profissionais, havia questões de gênero subjacentes, elucidadas pelas narrativas e vistas como provável base para o surgimento ou a continuidade da violência familiar entre as mulheres, de acordo com o discutido na dimensão relativa aos idosos no contexto familiar. Essa realidade confirma a necessidade de um diálogo intenso e contínuo entre as diferentes áreas de estudo da violência familiar uma vez que, tanto a violência conjugal pode se estender à velhice, segundo pesquisadores (Vinton, 1991; Mouton, 2003; Montminy, 2005; Straka & Montminy, 2006; Payne, 2008) como também, as construções de gênero podem permear as relações familiares, culminando em violências.

Categoria IV – Identificação da Violência Familiar contra o Idoso no Contexto do Trabalho

Esta categoria versa sobre os sinais que possibilitam a identificação de violência familiar contra o idoso, durante as consultas ou atividades propostas na US. A subcategoria **indícios de violência no contato com o idoso e/ou familiar** (4.1) apontou os indícios que servem de advertência aos profissionais, no contato com idosos e seus familiares, para o reconhecimento de possíveis situações de maus-tratos.

Quatro disseram atentar para as *manchas no corpo* (4.1.1) e ao visualizá-las, encaminhavam o paciente a um profissional especializado para realizar um exame físico mais detalhado. Outros quatro contaram que observam o *tratamento dispensado ao idoso* (4.1.2) durante a

consulta ou atividades, analisando o tom de voz, demonstrações de pressa, intolerância ou agressividade do acompanhante.

O *descuido com a aparência* (4.1.3) foi considerado por dois profissionais um indicativo de maus tratos, visualizado no desleixo com a aparência no tocante à higiene. Dois citaram *alterações no humor e/ou comportamento* (4.1.4), sobretudo, quando o idoso aparentava tristeza ou medo, não condizentes com seu estado habitual. Um profissional relatou que foi possível detectar a *inconsistência das informações* (4.1.5) apresentadas pelo idoso e em seguida, pelo familiar, de um ferimento para o qual buscava assistência médica. As narrativas a seguir confirmam o exposto.

O próprio tratamento do familiar com o idoso aqui dentro da US ‘vamos, já não disse [fala de forma ríspida]’. Isso pode ser um indicativo de que alguma coisa não está bem. (P3)

O comportamento deles, porque ali a partir do terceiro ou quarto atendimento a gente já conhece cada um, eles falam muito de si, contam a vida deles inteirinha para a gente, então a gente sente quando um não está legal (...) (P8)

(...) no atendimento você via ... dá pra ver quando é verdade e quando a pessoa está mentindo, porque na hora um fala uma coisa e o outro fala outra. (P5)

Os vestígios citados pelos profissionais nesta pesquisa incluem os que Krug et al. (2002) e Fonseca e Gonçalves (2003) elencaram. Apesar da clareza quanto aos sinais a que teriam que atentar, foi interessante notar durante as entrevistas, que alguns profissionais mencionaram situações de usuários atendidos por eles na US que apresentaram sinais de violência, mas às quais não se deu sequência à verificação.

Esse dado se relaciona com o postulado por Gergen (1996) de que o potencial para o significado se realiza através de ações complementares, ou seja, os pressupostos dos profissionais sobre a violência contra o idoso se confirmaram e, o que inicialmente, se configurou como construções teóricas, distanciadas das ações profissionais, adquiriu sentido por meio do diálogo. Dessa maneira, é possível compreender como alguns desses profissionais que relataram

indícios ou casos de violência durante a entrevista haviam negado o problema nos primeiros contatos e indagações sobre o tema. Durante a entrevista, algumas situações vivenciadas com os usuários foram resgatadas e ressignificadas, possibilitando que a conduta adotada anteriormente, também fosse avaliada pelo profissional.

Para ilustrar o colocado, em uma das entrevistas o profissional, identificado como P10, apresentou o significado de violência contra o idoso como algo que extrapola o abuso físico e mencionou os maus-tratos psicológicos que alguns filhos impõem aos pais pela maneira de tratá-los. Ao comentar sobre os indícios de violência, essa mesmo profissional relatou uma ocorrência abusiva entre um usuário idoso e seu filho, na sua presença, mas que na ocasião não lhe ocorrera a possibilidade de avaliar o fato com profundidade. Segue trecho da entrevista.

Pesq: Mas você estava falando anteriormente que tenta conversar e tal com os usuários, mas vocês aqui na US têm alguma orientação sobre o que fazer diante destas situações?

P10: Não tenho, foi bom você me falar, mas realmente eu acho que foi uma falha minha não estar procurando, buscar alguma coisa nesse sentido. Nós temos assistente social, devia recorrer mesmo a ela, sabe, falar alguma coisa, dizer ‘olha eu não sinto que esteja bem o acompanhamento dessa pessoa’, eu vou relatar isso que está acontecendo com esse senhor, eu vou precisar mesmo tomar uma atitude nesse sentido.

Pesq: Ver os recursos disponíveis, né.

P10: Porque tem, eles vão na casa do paciente, sabe? Então poderia pedir para que fosse alguém para fazer uma visita, ter uma conversa.

Mesmo que os significados dos profissionais a respeito da violência familiar contra o idoso fossem apresentados de forma mais abrangente do que os dos idosos nesta pesquisa, e apesar da consciência profissional sobre os indícios que auxiliam na sua identificação, esses dados não garantem a eficácia da abordagem dessas situações. Outro dado que confirma o exposto é que na US, até a data de finalização da

coleta de dados deste estudo, não houve nenhuma notificação de ocorrência de violência contra o idoso.

A partir das informações da presente categoria considera-se que, mesmo conhecedores de que alguns vestígios podem representar indício de violência, o contexto em que o trabalho se realiza não favorece estabelecer uma associação entre indícios e significados da violência familiar contra o idoso. Assim, os usuários vítimas de tais condições, permanecem, em grande parte, na invisibilidade. Essa constatação se coaduna ao exposto por Fuster (2002) quanto à passividade social diante de situações de violência. Este autor argumenta que a sociedade tolera diversas formas de violência familiar, consideradas menos graves e apresenta reação somente perante casos mais alarmantes, esquecendo que uma proporciona o surgimento da outra.

Categoria V - Manejo Profissional de Situações de Violência Familiar Contra o Idoso

A Categoria V mostra a maneira de condução de situações que envolvem indícios ou confirmação de violência familiar contra o idoso. Na subcategoria **condutas que facilitam a identificação e a abordagem (5.1)** apontou-se o que é efetivado ou considerado adequado para prevenir ou administrar casos suspeitos de violência familiar contra o idoso. Seis participantes consideraram a *avaliação global e sequencial (5.1.1)* como essencial para rastrear e lidar com casos de violência, o que implica em abordar aspectos de diferentes áreas, como a avaliação da saúde orgânica, psicológica e social durante o contato com o usuário e acompanhar os casos atendidos. Eles indicaram o vínculo estabelecido ao longo do tempo como o principal aliado na detecção desse agravo. Complementando esse aspecto da conduta, o oferecimento de *escuta ao idoso (5.1.2)* foi citado por um profissional. Já a *disponibilidade ao idoso e aos familiares (5.1.3)*, para tirar dúvidas sobre o tratamento ou outras questões, mesmo em horário não agendado, foi mencionado por outro participante.

Os fragmentos de entrevistas e uma das anotações do Diário de Campo da pesquisadora confirmam o exposto anteriormente.

Quando eu chego para visitar um paciente que eu não conheço, eu começo conversando, olhando no olhinho deles

se tem tristeza, se tem coisa de medo por trás, depois eu explico para a família e peço licença para ver se tem escara, pezinho machucado, se tem tombo, porque a queda é igual a criança, tem diferença de queda e de aperto, machucado, tudo isso, se está bem cuidadinho eu falo ‘parabéns, que bom’, se não está bem cuidadinho falo com a família, explico o que tem que fazer, depois volto para ver a diferença. Se não mudou é porque a pessoa não está respeitando ele como tal. Como está alimentando, oriento, volto para ver se estão fazendo, se não estão é um ato de violência. Eu previno muito isso, cuido muito disso, se eu ver, se eu for visitar, eu vejo no geral. (P5)

*Você conversando com a pessoa, olhando como ser humano você percebe que tem alguma coisa e você dando oportunidade a pessoa vem e fala alguma coisa. Sempre acabam falando. (...) **Você tem que conversar e mostrar que está interessada na vidinha dele, no bem estar dele.** (...) Daí quando ele começa a contar ou chorar, tem que esperar um pouco pra ver até onde ele vai criar um vínculo de confiança com você pra te contar. Às vezes não é dessa vez que vão contar, vai ser numa segunda ou terceira vez, pra começar a falar (...) (P1)*

Participo de uma das atividades propostas pela US com enfoque de promoção de saúde, que tem frequência semanal e é voltada para mulheres idosas. Teve início às 14:00h e nesse horário as pessoas foram chegando gradativamente até formar um grupo de 15 mulheres. Cumprimentavam-se pelo nome, algumas formaram pequenos grupos de conversa, outras ajudaram a coordenadora da oficina na seleção do material que seria utilizado naquela tarde. Alguns minutos mais tarde a atividade teve início com a coordenadora saudando cada uma das participantes e estabelecendo uma conversa inicial na qual perguntou sobre a semana passada, como se sentiam naquele dia para a atividade, transmitiu alguns avisos sobre outras atividades que aconteciam na US e explicou sobre a minha presença. A proposta de atividade envolvia uma série de habilidades como coordenação motora, expressão corporal, atenção concentrada, memória, entre outras. A coordenadora

*fazia algumas pausas para saber como estavam acompanhando e para dar algumas explicações sobre a atividade em si. Noto que todas se esforçavam por acompanhar, prestando bastante atenção, algumas com muita facilidade e outras erravam alguns movimentos mas continuavam, uma senhora ajudava outra a memorizar a sequência. Assim transcorreu durante cerca de uma hora, período de duração da oficina. Ao final, algumas senhoras saíram imediatamente, sozinhas ou conversando com outras participantes. Cinco foram ao meu encontro perguntar o que eu tinha achado da atividade e comentam sobre a importância da mesma. Uma senhora diz sentir como um espaço só seu, que ali consegue esquecer todos os problemas. Outra relata que já participa há mais de dois anos, pensou em parar, mas a coordenadora a incentivou a continuar, lhe ajudou a superar o que considera ter sido uma depressão. Outra senhora falou que se aprendeu a se sentir mais feminina, pois passou a conhecer mais o seu corpo. A coordenadora, depois de se despedir do grupo, relatou um pouco da história deste grupo, que já existe há quase cinco anos, falou sobre a importância de preservar o lugar do idoso e da importância de atividades que os ajudem a manter um lugar no social. **Impressão da pesquisadora:** Fiquei bem impressionada com o espaço oferecido às idosas por perceber o comprometimento da coordenadora e a sua preocupação com as pessoas que participam de sua oficina. Esse tipo de atividade pode proporcionar o aumento da rede social da pessoa idosa, além dos benefícios à saúde física e emocional, mas o mais importante para mim foi perceber a possibilidade de desenvolvimento de novas habilidades na velhice e de pertencer a grupos que fazem com que a pessoa se sinta realmente 'incluída'. (Data 31/03/2009)*

As condutas citadas pelos profissionais constituem as peculiaridades fundamentais da atenção primária em saúde, conforme a proposta do SUS de assistência longitudinal e continuada e oferecimento de ações de saúde que contemplem uma visão integral às pessoas atendidas. Portanto, os profissionais precisam usar a escuta como um instrumento de trabalho a fim de dar voz ao usuário, levantar as suas necessidades e buscar soluções para as demandas, o que consiste no acolhimento ao usuário (Ministério da Saúde, 2006a).

Em relação à temática da violência familiar, Moré e Cantera (2010) ressaltam a importância de os profissionais da saúde reconhecer

que a escuta profissional é uma ferramenta que previne esse agravo, e por seu intermédio se possibilita apoio e informação às vítimas. Observou-se o envolvimento e a prestação de serviço ao usuário na atitude de vários profissionais, que desempenhavam seu papel da melhor maneira possível, apesar de a dinâmica da US nem sempre propiciar esse comportamento, como será discutido adiante.

Acompanhar os casos atendidos de forma global e sequencial permite ao profissional o estabelecimento de um espaço de confiança para a *investigação de sinais ou sintomas suspeitos (5.1.4)* de violência, o que foi citado por quatro depoentes. Essa conduta, juntamente às apresentadas nos elementos de análise anteriores, são as indicadas para os profissionais da saúde, como procedimentos de diagnóstico e abordagem terapêutica de situações envolvendo violência familiar contra o idoso (Ministério da Saúde, 2005).

É uma coisa pra se investigar melhor, tentar saber como é esse ambiente, se aconteceu outras vezes, se é de fato freqüente, pra que você possa tentar ajudar. (P3)

Apesar de cientes da necessidade de investigar sinais e sintomas suspeitos, alguns dados denotaram as limitações dessa conduta, como o fato de o exame físico do idoso, que poderia levantar situações de maus-tratos físicos, não ser um procedimento de rotina realizado na US. Segundo informações dos profissionais, somente em casos de manchas ou machucados em partes visíveis do corpo solicitava-se o exame físico, assunto para discussão na categoria seguinte.

Apenas um profissional se referiu à *busca da rede de suporte do idoso (5.1.5)*, contatando mais de um familiar ou vizinho ao suspeitar de dificuldades nos cuidados oferecidos ao idoso.

Se tem mais filhos eu procuro a família para ver se podem dar apoio, estar mais junto, se pode levar a pessoa que é mais impotente para casa, já cansei de incomodar filhos, cunhados. (P5)

Oito profissionais ressaltaram o *trabalho em equipe (5.1.6)* como iniciativa possível no caso de suspeita de violência familiar. A importância do trabalho interdisciplinar para os entrevistados ratifica o

exposto por Moré e Cantera (2010) ao argumentarem que um saber apenas é insuficiente para a compreensão e abordagem do fenômeno da violência como um todo. Porém, nas falas dos participantes percebeu-se por um lado, o envolvimento de alguns profissionais que discutiam e/ou buscavam ajuda de colegas ou outros setores para acompanhar o caso suspeito ou confirmado, para se aproximar da complexidade das situações. Por outro lado, o direcionamento desses casos para outros profissionais, considerados mais capacitados para resolver o impasse e eximindo do atendimento o que detectara a ocorrência, caracteriza-se como uma conduta do modelo biomédico em saúde. Ambas as situações foram avaliadas como trabalho em equipe, conforme as narrativas.

‘Então você aguarde um minutinho’, disse pra senhora [suspeita de sofrer violência] fui lá e chamei a enfermeira, na época tinha uma assistente social e uma psicóloga, falei ‘vão lá e vejam o que vocês podem fazer’. Acionei, não sei se conseguiram resolver toda a situação, pelo menos aqui ela sentiu que não estava só. (P5)

*(...) nossa equipe tem a psicóloga, a gente conversa muito, qualquer coisa a gente busca subsídio com a psicóloga. (...) Administrar conflitos é uma coisa do meu cotidiano. Discutimos, **sempre que acontece discutimos**. Nós temos **reuniões eventuais, quando acontece alguma coisa um leva, a gente opina, às vezes dependendo da situação é colocado em relatório**, quando a coisa é séria assim. Às vezes no dia que acontece a gente conversa. Às **vezes envolve até outro setor**. Geralmente a coisa é administrável, não é coisa de outro mundo. (P6)*

A subcategoria **situações que dificultam a identificação e a abordagem (5.2)** enfocou o que ocorre na relação entre o usuário e o profissional, para evitar a manifestação ou o manejo das situações de violência. Cinco profissionais descreveram a dificuldade quanto à *definição de violência (5.2.1)*, porque, mesmo cientes de que ela extrapola as agressões físicas, na prática, ainda é o que mais mobiliza o profissional, como a seguinte narrativa revela.

*Eu assim, eu tanto que escuto que a gente vê se consegue ajudar. Eu não vi muitos **casos sobre violência mesmo, a física.** (P7)*

Outro fator que dificulta a constatação de um caso de violência é desacreditar o que a pessoa idosa relata, ao se mostrar muito prolixa ou queixosa.

*Assim como tem aqueles que falam demais, se queixam demais e **a gente fica desconfiado se é tudo isso que eles dizem.** (P1)*

Por outro lado, pode ocorrer que o profissional suspeita, mas fica sem ação porque o idoso não considera ou não sinaliza que a situação o perturba.

*Pois é, o filho diz para mim que ele tem demência, mas **eu não sei até que ponto isso é verdade porque eu converso com ele e ele entende, ele entende, eu explico o que eu vou fazer e ele me dá um retorno, então não sei até que ponto eu posso confiar na palavra dele. Ele é exaltado, ele é agressivo com o pai, o Sr [fala nome do usuário] é o nome dele. (...) Eu às vezes me sinto muito incomodada com isso e gostaria de ajudar de alguma forma, mas é uma situação delicada, convenhamos que é uma situação delicada.** (P10)*

*Esse que eu falei da minha experiência pessoal, mas aqui [fala setor de trabalho] não. **Esses dois casos só que não dá pra entender ainda. Não tinha, mas apareceu agora, coincidentemente** eu ia muito lá e estava tudo bem, só que a síndica veio falar comigo, daí ela veio falar e eu disse ‘espera, aí tem coisa’, mas o que a gente pode fazer? (...) (P4)*

As narrativas acima denotam a incoerência com o apresentado na subcategoria precedente (5.1) no que diz respeito a avaliar de forma global e sequencial, a investigar os sinais e sintomas suspeitos de violência contra o idoso, bem como a trabalhar em equipe, condutas que

favoreceriam o esclarecimento da situação e possibilitariam que os casos fossem eficientemente manejados.

Portanto, as entrevistas dos profissionais indicaram uma distância entre o saber teórico e a realidade prática cotidiana. A falta de treinamento que proporcione a reflexão sobre o que é violência e os valores e crenças de cada pessoa sobre o tema (Costa et al., 2008) favorece a manifestação somente de casos mais extremos, geralmente, os que envolvem maus-tratos físicos ou denúncia, conforme observado por Fuster (2002) e Killick e Taylor (2009). Profissionais da saúde sensibilizados e capacitados para agir diante de casos de violência familiar poderiam desempenhar um papel crucial na identificação de casos que dificilmente apareceriam por outras vias, uma vez que têm oportunidade de estabelecer contato privilegiado com os usuários dos serviços.

É no linguajar cotidiano com os outros, nos contextos sociais, que os significados em torno de conceitos e fenômenos, se constroem, ampliam e ou restringem (Gergen, 1996). Desse modo, infere-se que a estruturação da rotina de trabalho na US, não favorece o aprofundamento nessa questão. Justifica-se essa afirmação, pois, nos discursos dos profissionais apenas eventualmente, se vislumbraram relatos sobre a busca por esclarecimento com colegas ou a promoção de discussões em equipe para sanar dúvidas sobre as situações suspeitas de violência ou condução das situações detectadas as quais o profissional não conseguia dirigir.

Os relatos dos profissionais identificaram também o descrito por pesquisadores da área sobre o medo de ser invasivo, cometer injustiça com o idoso ou com o familiar e expor a vida alheia (Brás & Cardoso, 2000; Oliveira & Fonseca, 2007; Lettiere et al., 2008; Andrade & Fonseca, 2008). Esse temor inibe o profissional na investigação dos casos suspeitos e a dúvida se presta como uma aliada para que o caso não seja investigado adequadamente, protegendo o profissional desses casos incômodos. Uma vez mais, as informações confirmam o discutido por Fuster (2002) quanto à tolerância social dos casos de violência familiar se relacionar com a crença socialmente construída a respeito da privacidade familiar ou aos preconceitos pessoais, impedindo a ação profissional.

Cinco profissionais mencionaram o *silêncio do idoso* (5.2.2,) relacionado às violências sofridas e indicaram a falta de atitude por

medo de retaliação do agressor, sentimento de vergonha, incapacidade de o idoso se manifestar por se encontrar muito fragilizado, ou o fato de ele esconder suas dificuldades de auto-cuidado para que os familiares não sejam acionados e ele perca a sua autonomia, como indicam as falas.

*Isso é difícil de se exteriorizar, porque **o idoso tenta ainda proteger aquele que lhe agride**, na maioria das vezes. Quando eles vêm eles querem que a gente ouça, mas muitas vezes eles acabam vindo só pra pegar o medicamento. Muitas vezes **eles criam barreiras para que a gente não consiga saber** que isso acontece. Vêm rapidinho só pra pegar e vão embora. Atrapalha pra gente conseguir visualizar mais as situações. (P3)*

*A diferença é que o idoso não tem como se defender e mesmo que ele tenha **ele vai querer ser conivente com aquela situação**. (...) Ele fica conivente, por ele estar nessa idade, também não vou condenar tanto, ele não consegue sair daquela situação estabelecida. Ele não consegue. **Ele não vai na delegacia, ele vai achar que aquilo é escandaloso demais, ele tem aqueles valores deles**. (...) Mas pra eles polícia assusta, juiz, essas coisas de justiça é pra quem erra, criminoso e eles esquecem que estão nessa condição de permitirem que as coisas aconteçam. (...) Acho também que é por eles se sentirem ameaçados por alguma coisa, **querem essa liberdade, não querem nada vigiado**. Eles não querem nada vigiado, que esse controle comece a vigorar. Nessa senhora eu percebi, comecei a perguntar, quando ela machucou o braço, se estava tudo bem, ela me recebia bem, depois começou a ficar meio assim comigo. O controle é considerado uma perda para eles e não admitem. (P4)*

Outro dificultador para identificar e abordar a violência é a *revelação tardia* (5.2.3) apontada por três participantes, porque ao aguentá-la até o limite da tolerância, muitas vezes, é difícil manejar ou reverter o problema.

*Quando ele consegue externalizar isso pra gente é que a situação já está muito complicada, ou então alguém de fora do meio familiar acaba trazendo, como o vizinho, um filho que não mora na casa e denuncia o irmão. **Mas aí a coisa já está muito complicada, é quando a água já está saindo da tina é que a situação aparece, quando ele já vem sofrendo a muito tempo.** (...) (P3)*

Também três profissionais pontuaram a *revelação e recusa de intervenção profissional* (5.2.4), descrevendo experiências negativas ao perceber indícios e propor intervenções. Ainda, ouviram relatos na US de frustrações de colegas que tentaram aproximação com o usuário ou familiar. Em uma das entrevistas, o profissional comentou que em sua prática, seguidamente os idosos comentavam sobre situações de maus-tratos e pediam silêncio, por temor às consequências. Os parágrafos subsequentes esclarecem as afirmações.

*Porque por mais que você faça visita **domiciliar** você não consegue fazer com que a família mude. A família é aquilo ali, ela pensa assim e pronto. Se ela acha que o idoso tem que comer sozinho ela acha isso e não vai mudar de ideia.* (P3)

Às vezes quando as meninas fazem visita, são até ameaçadas. (P6)

*Só que você também não pode ficar espalhando porque eles te contam e pedem ‘ah, por favor não conte porque eu não quero que meu filho fique sabendo que contei, se ele ficar sabendo vai brigar comigo’, **pedem muitas vezes para não contar. Então eu escuto aquilo como um desabafo.** Tanto que muita das coisas eu não passava para ninguém, estou contando assim no geral, eu nunca contei para ninguém, nem para enfermeira, até uma forma que talvez me complique se eles ficarem sabendo, mas para mim é uma ética. **Mas talvez a minha chefe entenda como ética, talvez não. Então eu quase não comento.** Não comento assim com ninguém da US, estou falando aqui para você entender o que acontece, mas*

não comento porque o idoso pediu, acho que minha parte ética é não contar, porque se eu contasse aquilo poderia se virar contra mim, porque a minha chefe poderia entender diferente do meu ponto de vista, então acabo não comentando. Fica difícil. Então você fica assim, o que é que eu faço agora, vou contar ou não vou. Se você contar pode ser que a família bata nele de novo. Eu estava fazendo certo? Eu não sei se estava fazendo certo, mas foi o jeito que eu achei de fazer. (P7)

Os dados apresentados quanto ao silêncio do idoso, revelação tardia e recusa de intervenção terapêutica ratificam o exposto por Krueger e Patterson (1997), González e Zinder (2009) e Killick e Taylor (2009) quanto às barreiras a transpor quando se trabalha com situações de violência e que conferem um desafio a mais para os profissionais, que, para acompanhar os fatos, precisam além de capacitação, contar com a estrutura e funcionamento do serviço de saúde, que por sua vez, impõe outras restrições aos profissionais.

Por outro lado, é relevante notar que algumas verdades se solidificam entre os profissionais que justificam a falta de intervenções porque criam ou intensificam temores de trabalhar e desvendar episódios que envolvem violência familiar. Entre as verdades identificaram-se: a) as famílias que não mudam, ou seja, por mais que o profissional detecte o problema e queira solucioná-lo, não há interesse dos familiares de que os fatos se alterem; b) quando a situação é confirmada, está tão complicada que é difícil revertê-la; c) os idosos (ou vítimas de violência em geral) não falam a verdade na investigação; d) é arriscado para o profissional se envolver em situações de violência, porque o familiar agressor pode revidar e e) quando o usuário pede pelo silêncio do profissional, este deve acatar o pedido, com base na ética do sigilo profissional, sem buscar outra alternativa para administrar o problema.

Essas crenças, detectadas no discurso dos profissionais, assinalam atitudes de evitação ou distanciamento de tais situações, posicionamento oposto ao que Moré e Cantera (2010) indicaram como pressupostos fundamentais para quem trabalha com vítimas de violência. Essas atitudes, que representam a falta de resposta do social, diminuem a probabilidade da vítima também reagir e buscar auxílio em

sua rede, o que favorece em última análise, a invisibilidade dos casos na US e na saúde pública (Fuster, 2002).

Esta categoria evidenciou que os profissionais participantes desta pesquisa dispõem de formação teórica que valoriza a visão integrada do ser humano, com os aspectos sociais e psicológicos incluídos no conceito de saúde e consideraram o trabalho interdisciplinar como a forma ideal de atuar no contexto da saúde, de acordo com as prerrogativas do SUS. Entretanto, ao discorrerem sobre as experiências profissionais que envolveram casos suspeitos ou com evidências de violência familiar, as condutas práticas nem sempre corresponderam às concepções teóricas apresentadas.

Sobre o manejo de casos de violência familiar, as narrativas apontaram para dificuldades desde o momento de definir se a situação envolvia violência, pois, o parâmetro se estabelece nas trocas intersubjetivas e se não ocorrer um diálogo, a pessoa permanece estagnada em suas crenças a respeito do que é violência e de quando se deve quebrar a privacidade da família. Outro aspecto é a condução dos casos detectados, uma vez que a dinâmica de trabalho e as crenças sobre o trabalhar com casos de violência favorecem sua permanência na obscuridade.

Trabalhar com violência familiar exige que o profissional se sinta capacitado e sensibilizado para problemas de ordem psicossocial trazidos pelos usuários e, além disso, que haja um projeto conjunto para abordar e dirigir a questão. De outra forma, se o problema não for visível fisicamente, como nos casos extremos de maus-tratos, permanecerá oculto e será evitado com a alegação de que não pertence à área da saúde. Para atuar nesses casos, a capacitação deve proporcionar o reconhecimento da necessidade de lidar com a incerteza, sem um protocolo ou receita prontos, mas sim, encontrar com os envolvidos uma resposta, que pode não ser definitiva, contudo, possibilite a abertura para o diálogo com os cuidados que a situação merece.

Categoria VI – Condições da US para Atender Situações de Violência Familiar contra o Idoso

Esta categoria apresenta as limitações dos profissionais da US para atuarem em casos de violência familiar contra o idoso, envolvendo a dinâmica do trabalho na US e o preparo da equipe.

A subcategoria **dinâmica de trabalho (6.1)** abordou as características de funcionamento da US que interferem na detecção e manejo de situações de violência familiar contra o idoso, pelos profissionais.

A *ausência de interdisciplinaridade (6.1.1)* ficou evidente nas narrativas de sete profissionais que, ou não sabiam com quais profissionais podiam contar para solucionar possíveis casos de violência, ou sabiam da sua existência, mas devido a sua rotina não estabeleciam contatos para a troca de informações quando suspeitavam ou evidenciavam uma situação de risco e ainda, pelo número de profissionais, considerado inferior à demanda de atendimentos na US.

Hoje em dia nem psicólogo não temos mais na US, se acontecer alguma coisa de urgência não temos mais. Hoje eles não tem nem tempo de prestar atenção. (P5)

A *sobrecarga de trabalho (6.1.2)* foi apontada por seis depoentes como um fator de impedimento para a qualidade da relação entre profissional e usuários. Essa situação não os motivava ao rastreamento dos laços familiar, como também não proporcionava ambiente necessário para que o idoso revelasse seus problemas, de acordo com as narrativas de profissionais e registro de Diário de Campo, que seguem.

É tudo complicado e as pessoas já estão no seu estresse máximo de lidar com as coisas corriqueiras e a violência é mais uma coisa. Só que quanto mais for deixando quieto pior vai ficar. (P4)

Porque lá[na US] é tudo muito corrido. O médico, quando se chega lá pra consultar nem vê direito se você é vermelha, azul ou cor de rosa. É muito pouco tempo para o atendimento, então ele não tem tempo pra dar aquela atenção que o idoso precisa. Então nesse tempinho aí ele não vai adquirir confiança em falar com o médico, entendeu? (P2)

Hoje pela manhã percorri vários setores na US, inicialmente fiquei na sala de espera principal e o que me chamou atenção foi a enorme fila para consultas que se formava e que ultrapassava o espaço da recepção, se estendendo ao lado de fora da US. Percebi que uma das funcionárias de outro setor estava na recepção, me dirigi a ela e ela me disse que havia sido remanejada esta semana, que ainda estava meio perdida na sua nova função que agora é de fazer o acolhimento inicial do usuário na US, mas não pudemos conversar devido ao grande número de pessoas que esperavam para serem atendidas. Permaneci ali durante cerca de uma hora e o fluxo continuava intenso. Depois passei pelo setor de [nome do setor] que pela primeira vez vi vazio, então entrei e me apresentei à auxiliar de enfermagem. Ela me disse que havia trocado de setor há quinze dias, explicando que a sua colega ‘absorvia’ muito o trabalho e ela não por isso houve o remanejamento e complementou dizendo: ‘Aqui é só entregar remédio, não pode ficar absorvendo o problema dos pacientes.’ Disse que se eu quisesse saber mais sobre o funcionamento do setor era melhor que procurasse pela outra funcionária pois ela ainda conhecia muito pouco. Como a profissional não foi muito receptiva não permaneci neste setor, como era minha vontade e me dirigi a sala do [fala nome do setor]. Estava lotado na hora que cheguei, me dirigi a uma das funcionárias e uma senhora achou que eu estava furando a fila, ficou me olhando com cara de brava. Outro senhor reclamava em voz alta a respeito da demora no atendimento. Achei melhor voltar mais tarde. Mesmo assim, quando voltei continuava com bastante fila, mas agora na sala de espera vários idosos conversavam animadamente enquanto aguardavam. As duas auxiliares que atendiam (geralmente são três, mas uma estava em férias) estavam de porta fechada devido ao burburinho lá de fora estar interferindo. Fiquei lá dentro enquanto atendiam e percebi muita calma na forma de atenderem. Uma senhora relatou enquanto era atendida por uma delas que fazia quimioterapia e por isso não podia medir a pressão naquele braço e pelas veias estarem finas era mais difícil. Falou que agora era seu marido que estava bem doente e a profissional disse, com jeito, que assim um podia cuidar do outro, a senhora concordou e disse que apesar da dificuldade sentia ter vencido o câncer e que agora podia cuidar de seu marido. Continuavam conversando enquanto (o sistema está lento) tentavam novo agendamento. Outro

*senhor era atendido na mesma sala, apesar do espaço conjunto, conseguiam certa privacidade. Era comum os usuários fazerem referência a demora no início do atendimento mas os que pude acompanhar percebi que saíam demonstrando satisfação pelo atendimento recebido. Depois de ter saído desse setor me dirigi ao refeitório da US, onde três profissionais conversavam sobre a dificuldade de trabalhar na US devido a quantidade de atendimentos ali ser superior as outras unidades. Muitos funcionários estavam tentando transferência para outras US mais tranquilas, que não traziam tanto desgaste ao profissional. Uma enfermeira relatou discussão com uma usuária que a agrediu verbalmente, por querer atendimento preferencial e a enfermeira não concordar. **Impressões da pesquisadora:** É evidente a influência que a rotatividade imprime às atividades dos setores, incluindo a administração. O fluxo de usuários nessa US é, sem dúvida, maior que nas demais US, deixam o ambiente agitado desde cedo até o final da tarde e o público é exigente e reivindicador. Tenho escutado muita insatisfação por parte dos profissionais, relacionadas a cansaço, conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, remanejamentos constantes de setores. Face a todos esses problemas fico imaginando que disposição terão para ouvir o usuário e para estarem atentos a sinais que, se confirmados, ampliarão a demanda de trabalho? Não me parece que pessoas sobrecarregadas e insatisfeitas possam ter essa disposição. Mas apesar de toda dificuldade foi possível observar pessoas dispostas a acolher as necessidades dos usuários. (Data 07/06/09)*

O grande fluxo diário de usuários imprime um ritmo de trabalho diferenciado a essa US, traduzido em funcionários sobrecarregados, falta de motivação e ausências frequentes nos setores. Outro aspecto evidenciado ao longo da pesquisa, foi o elevado número de remanejamento de funcionários nos setores, para sanar as faltas do dia ou como alternativa da administração da US, para os profissionais terem uma visão abrangente do trabalho ali realizado. Essas alterações se focaram na equipe de enfermagem que constitui o principal contingente de profissionais.

Quanto à administração da violência, todos os fatores apresentados interferem negativamente na possibilidade de escuta, de acolhimento e da sequencialidade nos atendimentos. No entanto, essas

atitudes são indispensáveis para a construção do vínculo terapêutico, que por sua vez, possibilita ao usuário ter no profissional, uma referência de apoio, incluindo-o em sua rede pessoal significativa.

Cinco participantes relataram que as rotinas e ações profissionais têm ênfase na saúde do corpo (6.1.3), tornando-se prioritárias em detrimento às questões de ordem social ou emocional.

(...) Tanto que antes do aparecimento dessa bendita gripe A nós começamos a fazer um trabalho em sala de espera. Começamos a falar sobre violência do idoso, violência da mulher, cheguei a imprimir uma cartilha de São Paulo sobre violência no idoso, muito boa. Mas daí ficou na casca, porque veio a gripe e acabou com tudo. (P3)

*Estava acompanhando as atividades de um dos setores da US e uma das funcionárias comentou que trabalha já há alguns meses nesse setor, mas que ainda não havia perdido o vínculo com os usuários do setor onde trabalhava anteriormente, disse que gosta das pessoas que atende e acaba formando vínculos duradouros com parte deles, sabe da história de vida dessas pessoas. Porém se entristece ao dizer que recebe muitas críticas de colegas por seu atendimento ser mais lento e a chamam de madre Tereza, mas disse que ‘aprendeu o que é humanização e não deixará isto de lado’. **Impressões da pesquisadora:** Frente ao ritmo de trabalho existente nessa US, o profissional acaba sendo pressionado para atender mais rápido e dessa forma se perde muito em qualidade e o atendimento se volta as questões consideradas prioritárias, ou seja, as queixas orgânicas e o profissional que se preocupa com o lado psicossocial acaba sendo desqualificado pelos próprios colegas. O que faz o profissional continuar ‘remando contra a maré’? Quanto tempo será que agüenta trabalhar sob essa pressão? (Data: 31/07/09)*

Complementando o que se apresentou nos elementos de análise anteriores, o excesso de trabalho, somado a uma organização que prioriza a saúde do corpo, mantém os profissionais centrados nas tarefas que consideram prioritárias ou emergenciais. A narrativa de um profissional confirmou esse fato, pois, precisou suspender a atividade informativa sobre violência nas salas de espera face à epidemia da gripe

A(H1N1). Como a grande maioria dos funcionários da US tem formação em áreas que enfatizam a saúde orgânica, as questões de ordem psicológica, familiar e social são transferidas ou postergadas.

Nesse contexto, o trabalho se limita às condutas programáticas, no mesmo viés apontado por Halphen et al. (2009) e Hanada et al. (2010). Segundo essa concepção, o rastreamento e a abordagem dessas questões nem são incorporadas às responsabilidades do profissional em relação à saúde do usuário, como também foi discutido por Bonfim et al. (2010) ou ainda, o profissional que se ocupa de questões de ordem psicossocial, é discriminado, segundo o contido no Diário de Campo, na anotação acima.

A subcategoria **preparo da equipe para atuar em situações de violência (6.2)** contemplou a percepção dos profissionais sobre as condições da equipe para atender aos usuários idosos no que tange à violência familiar. A *falta de treinamento (6.2.1)* para atuar em tais situações foi mencionada por seis profissionais, que disseram se sentir despreparados.

Já a *falta de conhecimento de políticas públicas (6.2.2)* para administrar a violência familiar contra o idoso se evidenciou durante as entrevistas e se tornou nítida quando os profissionais revelaram não conhecer as orientações governamentais ou municipais a esse respeito.

Olha eles não tratam muito a esse respeito. Quando tem curso eles não abordam, eu vejo que eles deveriam conversar mais e começar a focar melhor essa questão. Não é enfatizado de forma alguma. A secretaria não trabalha com isso. A gente sente que não recebe proteção nenhuma, nenhum amparo, apoio para estar abordando esses casos. Me sinto completamente despreparada, completamente despreparada. (P4)

Existe o SOS Idoso que coordena todo esse processo de violência contra o idoso. A nível de prefeitura existe o Conselho Municipal do Idoso, não sei de dentro desse conselho existe alguma coisa. (P9)

Existe o estatuto do idoso, mas a gente não sabe como funciona na prática, se seguem aquelas regras, não tenho

conhecimento de como está. Mas tem o capítulo lá sobre a violência. (P8)

O Brasil conta com Políticas Públicas, como o Estatuto do Idoso (Ministério da Justiça, 2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Ministério da Saúde, 2006b) e o Plano de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (Presidência da República, 2005) que direcionam e orientam os profissionais dos diversos setores a conduzir as situações de violência familiar e outros materiais específicos para os profissionais da saúde (Ministério da Saúde, 2002 e 2007). Contudo, percebeu-se que na prática, há o desconhecimento da maioria sobre o conteúdo dessas políticas. Essa constatação reflete a falta de treinamento dos profissionais da saúde pública sobre o assunto, o que é amplamente destacado por estudiosos da área (Souza et. al., 2008; Abbey, 2009; Halphen et al.; Hanada et al., 2010).

Entre os entrevistados quatro apontaram a *ineficácia das ações* (6.2.3), porque já haviam tentado interferir em alguns casos atendidos, mas não perceberam a sua resolução. Mencionaram também a dificuldade de articular ações entre os profissionais da US para o encaminhamento dos casos suspeitos, pela indisponibilidade dos mesmos em trabalharem conjuntamente. Ainda alegaram que nem sempre há concordância quanto à caracterização da violência, bem como aos entraves na articulação com outros setores ou órgãos municipais. Esses empecilhos são relatados na literatura, por atuantes em situações de violência com outras faixas etárias (Braz & Cardoso, 2000; Lettiere et al., 2008; Andrade & Fonseca, 2008; Lacman et al., 2009), segundo narrativas abaixo e anotação de Diário de Campo.

A gente esbarra num monte de coisas. As vezes você vê a situação, ta mais ou menos, nem leva em frente, não adianta, não depende da gente, esbarra na consulta, no profissional que faltou, quando consegue levar a pessoa há falta de atenção do profissional. É muito, muito difícil. Poderia ser bem melhor, mas chega um ponto que 'eu vou, eu vou, eu vou' e a coisa não vai pra frente. (P2)

Você anda, anda, anda e quando vê continua tudo igual, as pessoas continuam na mesma casa. Eu acho que as pessoas

não levam muito a sério, porque tipo assim tem que mover muitos órgãos ... acho que é porque é trabalhoso resolver o problema das pessoas, daí tem que acionar vários órgãos. Eu acho que é mesmo pelo trabalho, é trabalhoso. As responsáveis as vezes cobram por que é que não comentei, mas as vezes eu já tinha comentado com a supervisora e ela deveria levar para a chefia. Uma vez foi acionado o MP e ela ficou desesperada, mas o ano passado quando eu ia já era assim. Pegaram no meu pé dizendo que agora eu ia até fazer faxina nas casas, mas elas não sabem como era, tanta bagunça que tinha na casa, primeira vez que fui fiquei assustada. As vezes você fala e as pessoas não captam, não levam a sério. (P5)

Acompanhei visita domiciliar solicitada pelo MP junto a três profissionais da US. Inicialmente paramos na casa de uma senhora idosa que vive com o filho usuário de álcool e drogas. Recebem a equipe, uma das profissionais diz que como a enfermeira com a vacina está presente é mais fácil, pois as vezes as famílias se recusam a abrir a porta quando vêem que é da US. Entramos e nos deparamos com uma idosa com aparência mal cuidada que nos recebeu e logo em seguida apareceu seu filho. Nos receberam na cozinha onde se podia ver a falta de higiene, havia comida velha sobre a mesa, panelas sujas sobre o fogão e pia. Já eram usuários da US e conhecidos de dois profissionais que explicaram o motivo da visita. O rapaz relatou que há dois dias não bebia e não usava drogas porque estava sem dinheiro, mãe diz que ele, apesar de continuar nas drogas melhorou, mais ainda não a ajuda a cuidar da casa. Disse que gostaria que ele levasse o tratamento a sério para poder ajudá-la pois ela tem limitações físicas que a impedem de fazer o serviço. Essa é a única queixa apresentada e pede ao filho que aceite o tratamento oferecido pelos profissionais, ele disse que aceitaria e recebe orientações a esse respeito. Alguns minutos mais tarde chegou outro filho dessa senhora, que reforçou a necessidade de o irmão se tratar. Ele disse que visita a mãe semanalmente porque trabalha à noite. Agora é ele que administra a pensão da mãe, pois antes o irmão gastava em drogas e eles ficavam desprovidos até para alimentação antes do final do mês. Depois de realizadas as orientações profissionais, nos despedimos da família. A senhora se mostrou muito

agradecida pela visita recebida. Na saída os profissionais comentaram que têm a sensação de que tudo continuaria na mesma, pois é a segunda vez que uma visita é solicitada e o que encontram não mudou desde a primeira vez. Será feito um relatório e provavelmente promotora de justiça chamará a família para dar sequência ao atendimento. Todos se calam até chegarmos no próximo usuário a ser atendido em domicílio.

Impressões da pesquisadora: *Fiquei impactada com as condições da moradia e falta de cuidado pessoal da idosa, o rapaz apresentava tremores faciais e nas mãos, possíveis sinais de abstinência. É evidente que apenas visitas ocasionais não solucionarão o problema, mas os trâmites burocráticos parecem predominar e travar as ações, os recursos existem, mas há uma tremenda morosidade no processo e dessa forma os usuários tornam-se descrentes e os profissionais se sentem impotentes por não verem efetividade em suas ações. Será que não havia mesmo mais nada a ser feito por essa família pela US? Por que não acionaram uma agente comunitária? Por que não incluíram a senhora nos atendimentos oferecidos na US?*

Uma vez que as ações de saúde ainda se voltam prioritariamente, para as enfermidades orgânicas, a *falta de medidas de rastreamento* (6.2.4) para violência familiar, foi apontada como um dificultador, por três entrevistados.

(...) Falta de planejar ações pra que a gente possa detectar mais situações como essas. Condições de visitar mais o usuário em domicílio, que isso aparece mais em domicílio, mais que aqui na US, as vezes a pessoa trata mal o idoso em casa e não aqui na US na frente de todos. Pra isso a gente não tem condições de fazer muita visita em domicílio, só as prioridades, aquele que tem que coletar sangue, trocar sonda, curativo, a gente não consegue abranger todos. (...)
(P7)

Só quando surge algum caso específico, as pessoas não param pra pensar nisso especificamente, agora quando surge todo mundo acaba se envolvendo, mas quando surge, ninguém tá procurando nada. Não existe nada relacionado a fazer uma busca ou se vocês perceberem isso ou tais e tais

coisas, eu acho que não é tão articulado como na violência contra a mulher em que existe uma estrutura melhor, embora também não funcione 100%, mas é um pouquinho melhor. (P1)

Esse dado corrobora a discussão de Bonfim et al. (2010) em relação à falta de rastreamento da violência pelos profissionais da saúde, o que se encontra intimamente relacionado ao exposto anteriormente a respeito da dinâmica de trabalho na US, discutido na subcategoria anterior (6.1).

Diante de situações suspeitas ou mesmo quando havia evidências de violência familiar contra o idoso, os profissionais destacaram a ação de *encaminhamento para outros profissionais ou setores* (6.2.5), denotando a dificuldade da prática interdisciplinar e da articulação intersetorial. Observa-se que havia maior interesse em transferir os casos do que trabalhar conjuntamente, apesar de ambas serem prerrogativa das Políticas Públicas para o atendimento de situações de violência familiar, de acordo com o material Violência Intrafamiliar – Orientações para a prática em Serviço (Ministério da Saúde, 2002) e no Plano de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (Presidência da República, 2005). Essas situações foram pontuadas por seis profissionais, como segue.

Levo ao conhecimento da coordenação, estou sempre questionando e mais tarde volto a perguntar se deu certo. (P4)

Aqui na US a gente geralmente agenda uma visita, vai no prontuário vê se realmente condiz o endereço que a pessoa deu, entra em contato com a agente comunitária porque algumas vezes ela conhece a pessoa, por ser vizinho, ou sabe algo da história, ele também vai fazer essa busca, vai trazer o que ele tem de informação pra gente e vamos fazendo a investigação. Algumas vezes tem coisa de MP que a gente vai lá ver, só que passamos essa parte pro serviço social, porque acaba fugindo do que é nosso, porque a gente é da saúde então quando chega no limite de algumas situações passamos pra eles. (P1)

Além do discutido na subcategoria 5.2 sobre os aspectos que dificultam a identificação e a abordagem da violência familiar contra os idosos, na relação do profissional com o usuário, a presente categoria evidenciou as dificuldades de organização do trabalho na US e da falta de perspectiva do sistema de saúde para combater as questões da violência.

A US, como contexto de atuação em saúde para os profissionais entrevistados, indicou uma série de aspectos na organização do trabalho, que inibem o acolhimento ao usuário, como o fluxo de atendimentos, remanejamento de profissionais dos setores e relacionamento interpessoal (Ministério da Saúde, 2006a). Igualmente, a prerrogativa da Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde 2004) traz implícito o imperativo do acompanhamento sequencial do usuário, colocando-o como protagonista de seu processo de saúde; o compartilhamento de saberes entre o usuário e profissionais; a intervenção da equipe multiprofissional encarregada da escuta; a resolução dos problemas; a articulação com outros serviços distritais, sempre que a situação demandar.

Abordar casos de violência representa uma demanda a mais no já tão sobrecarregado sistema de saúde, principalmente, porque a violência não é um tema que se origina na saúde. Entretanto, é o setor que recebe grande parte de suas consequências (Minayo, 2006) e por isso, os profissionais precisam de preparo diferenciado, pois, as suas ações nesses casos, não se restringem a técnicas relativas à saúde do corpo, e sim, pensar e atuar sobre as relações sociais e familiares.

Para que o setor saúde possa atuar eficientemente, nas situações de violência contra a pessoa idosa será necessário promover treinamentos onde os funcionários possam refletir e questionar sobre os seus valores e posição pessoal acerca da temática e programar práticas interdisciplinares, para assim, detectar e acompanhar os casos.

Nesse sentido, Moré e Cantera (2010) discutem o benefício de planejamento e organização profissional no processo de intervenção junto às famílias. Cita duas prerrogativas: primeira, a necessidade de compreender a dinâmica da violência nas famílias que sustentam a intervenção profissional; segunda, de posse dessa visão, o profissional não seja absorvido pela rotina de urgência existente nas US, que o desvia das questões psicossociais.

Mas, para uma atuação mais efetiva nos casos de violência contra o idoso, não basta o preparo das equipes das US, precisa haver, como enfatizado por Hanada et al. (2010), um projeto no interior dos serviços. Ele deve envolver as redes de apoio a fim de transpor as ações profissionais individuais porque elas se mostram ineficazes e geram atitudes de afastamento dos profissionais. Discussão similar ocorre em relação à violência familiar contra crianças e mulheres (Barcellos, 2006; Oliveira & Fonseca, 2007; Florêncio et al., 2007; Lettiere et al., 2008; Souza et al., 2008; Yaffe et al., 2009).

Categoria VII – Consequências da Violência familiar contra o Idoso para o Profissional

Esta categoria contemplou os sentimentos e preocupações dos profissionais relacionados à vivência de situações de violência contra o idoso, bem como o seu posicionamento frente às possíveis consequências de trabalhar com esses casos, contidos na subcategoria **quanto ao bem-estar pessoal e desempenho profissional (7.1)**.

Três depoentes consideram ideal *separar emocional e profissional (7.1.1)*, para gerenciar a violência familiar no cotidiano profissional. Esse posicionamento aparece na primeira narrativa abaixo, indicando-o como um caminho para o profissional se defender dessas consequências e criar mecanismos de evitação ou afastamento de situações que envolvam violência familiar.

Hanada et al. (2010), apontam a dificuldade em estabelecer essa fronteira porque quando envolve violência, o profissional questiona seus valores e crenças pessoais, bem como suas atitudes profissionais, impulsionando-o para um *maior envolvimento emocional (7.1.2)*. O caso foi citado por apenas dois entrevistados, e o segundo exemplo abaixo expõe os intensos sentimentos da participante, contra o agressor.

A gente se afeta, mas a gente precisa separar um pouco o profissional. Eu digo assim, todas as coisas me comovem, mas eu não deixo que isso interfira a ponto de eu ficar a ponto de não conseguir dar continuidade, isso a gente aprende, saber lidar com essas situações, saber que por mais sofrimento que a pessoa esteja passando eu estou aqui em outro papel, me dói, mas se eu não puder fazer nada vou

encaminhar. A gente não pode mudar o mundo, a gente faz aquilo que está ao alcance da gente. (P6)

A gente vai muito pelo emocional, pensa com o coração e sabe que tem que ajudar de algum jeito, mas sem o preparo, o conhecimento dos passos a serem seguidos. Nunca ninguém deu nada de estrutura, uma equipe, apoio, direção. Isso seria o ideal. A gente não tem estrutura aqui dentro do trabalho e nem estrutura emocional, eu fico chocada, chocada, demoro um tempo pra me recuperar. Às vezes dá vontade de pegar o familiar e socar, bater, tomar a defesa do idoso, devido a raiva do momento. Daí tem que parar e pensar. (P1)

O seguinte trecho, registrado no Diário de Campo da pesquisadora ilustra a atitude de um profissional que percebeu com o tempo, seu excessivo envolvimento nos casos atendidos, inclusive situações de maus-tratos. Escutava os problemas familiares relatados pelos idosos, mas pela impossibilidade de direcionar adequadamente as questões, frequentemente, sentia-se frustrada e como consequência, desenvolveu um quadro de esgotamento emocional. A partir daí mudou de atitude, solicitou transferência de setor e permaneceu em atividades que não a levaram a aproximação maior com o usuário. Direcionou seu trabalho para a área essencialmente técnica, para separar o emocional do profissional, de acordo com o parecer de Lacman et al. (2009).

Entrei na sala do [identifica setor] para pedir uma informação e encontro duas profissionais. Aproveito para me apresentar e falar do motivo de estar na US e da pesquisa. Uma delas comentou: ‘eu já vi muita violência de perto’, o que me surpreendeu pois foi a primeira vez que alguém assumiu ter lidado com um caso de violência na US. Pergunto como foi que aconteceu e ela então relatou que durante uma época fazia atendimento domiciliar e acompanhou uma situação em que havia um idoso demenciado e acamado e o familiar não o alimentava direito e saía, deixando esse idoso sozinho e sem cuidados, até o dia em que morreu. A outra então me contou que quando atendia no setor dos hipertensos havia um senhor que retornava semanalmente com a pressão alterada. Depois de um tempo falou que após a morte da esposa foi morar com a filha, comentando ‘na casa dela eu não posso nada’.

Disse que quando fazia atendimento domiciliar também viu algumas famílias que não alimentavam os idosos acamados ‘pra irem logo, sabe’. Relatou essas experiências com muita raiva e indignação e em seguida complementou dizendo achar ótimo ter sido remanejada para um setor onde o contato com o usuário é mais rápido e pontual: ‘aqui não tem dessas coisas. É muito duro para o profissional, ninguém agüenta, por mais forte que seja, não agüenta. Eu saía chorando, com vontade de gritar e com o tempo culpada por não conseguir fazer nada enquanto profissional, não conseguia mudar.’ Finaliza comentando que mesmo no setor onde se encontra vivenciou um caso em que a filha maltratava a mãe verbalmente durante o procedimento que ela realizava, usando de sarcasmo e deboche em relação à idosa. Pergunto a ela o que foi possível fazer a esse respeito e ela responde que como o contato com o usuário ali é bastante breve, não deu para fazer nada.

Impressões da pesquisadora: *Fui pega de surpresa com o relato espontâneo dessas duas profissionais e fiquei pensando sobre como deve ser difícil para pessoas tão jovens se depararem com demandas tão complexas e sem suporte. Não estranha que sejam poucos os profissionais dispostos a se envolver nesses casos. Perdem todos, usuários e os profissionais que sabem do problema mas não se sentem capazes de enfrentá-lo.(Data: 16/03/09)*

Assim como foi narrado acima, o sentimento de *impotência* (7.1.3) esteve presente na narrativa de outros três profissionais que perceberam que suas ações não foram eficazes ou não puderam fazer nada para mudar a situação vivenciada pelo idoso. Na opinião de Fuster (2002) esse contexto repercute na saúde do profissional, principalmente, quando estabelece um contato empático com o usuário, levando ao aumento da tensão e ansiedade. Outro entrevistado relatou ter *medo de retaliação do agressor* (7.1.4), dados que coincidem com a opinião de pesquisadores da área como Brás e Cardoso, 2000; Oliveira e Fonseca, 2007; Lettiere et al., 2008; Andrade e Fonseca, 2008, confirmados nos depoimentos seguintes.

Eu não tenho nenhum caso aqui [fala setor que atua], esses dois mais relevantes apareceram agora, mas eu percebo que eu tenho que ficar na minha conduta, manter no profissional,

*ser discreta o máximo, **senão a gente pode sofrer consequências na rua, sei lá o que, tem gente pra tudo.** (P2)*

Outros três depoentes relataram que os casos atendidos por eles ou por colegas os levaram a *refletir sobre o envelhecimento* (7.1.5), em relação ao seu futuro ou ao envelhecimento de familiares próximos.

*Minha querida, eu sou mãe de filhos homens, não tenho um companheiro, não tenho ninguém (breve silêncio) tenho os meus filhos e (breve silêncio) **vou lhe dizer que às vezes eu estou nessa mesma situação, de estar sozinha.** Mas é que o meu estar sozinha me agrada de uma certa forma, eu gosto muito de ler, de estudar, então eu na verdade, nunca estou bem sozinha e eu gosto de estar na minha casa ... **mas é assim, eu também sinto um pouco disso que meus clientes passam,** mas vejo por outro lado quantos pacientes eu atendo que tem mais de 80 anos e vivem bem, tem mente boa e saudável. (P10)*

*Quando vejo na minha frente é muito pior, muito pior. É ruim, faz a gente repensar a vida. **Faz pensar no que pode acontecer com a gente, ver que esse tipo de coisa não tá tão distante, pode estar muito mais perto do que se pensa.** (P1)*

A partir do discutido nesta categoria, percebeu-se que a falta de preparo do profissional para administrar os diferentes tipos de violência a que são submetidos os usuários, traz implicações negativas na saúde mental do trabalhador e dos seus pacientes, os quais, muitas vezes, não encontram no setor saúde o espaço para revelar a violência sofrida.

Síntese da Dimensão II - Profissionais da Saúde: Compreensão e Práxis

Os profissionais que participaram da pesquisa relacionaram diferentes características dos usuários idosos, percebidas na prática com essa clientela. Entre elas aparecem prioritariamente, os aspectos físicos, psicológicos e sociais do processo de declínio e as perdas na velhice.

Os funcionários também afirmaram que as especificidades mais salientes afetam a relação profissional/ usuário idoso, porque exigem mais atenção, paciência e demandam mais tempo. Porém, enfatizaram que é uma clientela que normalmente reconhece e agradece os cuidados e atenção recebidos e segue as orientações, o que proporciona satisfação profissional. O contato com os idosos na prática propiciava uma reflexão sobre o seu envelhecimento ou o envelhecimento de pessoas de suas relações próximas, permitindo uma análise das semelhanças e diferenças nesse processo.

Os significados de violência foram apresentados em duas direções: primeiro, por meio dos diferentes tipos ou manifestações de abusos e as possibilidades de sobreposição entre eles; segundo, pela falta de respeito pelo outro. Apesar dos exemplos partirem da violência física e psicológica, eles ampliaram as narrativas indicando se tratar de fenômeno complexo e de difícil apreensão em conceito único.

Quanto à violência familiar contra os idosos, além da descrição dos diferentes tipos de maus-tratos, foi significada por descrições de comportamentos dos familiares, como privar o idoso de seus bens ou recursos em proveito próprio, usar de instituições para idosos como forma de abandono, mantê-lo isolado ou relegado na família, não prestar os devidos cuidados ao idoso dependente e privar o idoso de sua autonomia. O idoso, representado pelos profissionais nas situações de violência familiar, caracterizava-se pela fragilidade e dependência, condição essencial para o aumento da vulnerabilidade à violência, visão similar a dos idosos participantes que também assim o caracterizaram ao se referirem ao idoso “como um outro”.

Entre os aspectos potencialmente geradores de violência familiar contra o idoso foram citados a presença de dependentes químicos na família, questões financeiras, história prévia de violência, falta de limites dos filhos em relação aos pais idosos, o idoso concebido como um entrave para a realização dos planos pessoais dos familiares, a dificuldade dos filhos em reconhecer as contribuições dos idosos no passado, a sobrecarga do cuidador e as pressões externas sofridas pelas famílias. Todos esses fatores associaram-se à maior fragilidade e declínio na velhice e perda de poder nas relações, condição que coloca o idoso como um objeto e promove a sua vulnerabilidade em relação às gerações mais jovens.

A vulnerabilidade do idoso, apresentada nas falas dos profissionais, definiu-o como vítima e os familiares, como os agressores responsáveis por não oferecerem condições dignas para os membros mais velhos da família. Esse fato explicou a expectativa dos profissionais quanto ao desempenho das famílias em relação aos membros mais velhos e os levou a uma tendência à linearidade na análise das condições geradoras da violência ao culpabilizar os familiares pela ocorrência da violência. Nesse viés faltou uma reflexão mais profunda das condições familiares na atualidade e dos fatores que favorecem a não oferta, pelas famílias, de cuidados adequados aos seus idosos.

O significado de violência contra o idoso, atrelado à concepção de pessoa frágil e dependente, exclui a possibilidade de visualizar situações de violência iniciadas no passado e que se estendem ao longo do ciclo de vida, como a conjugal ou a desencadeada no início na velhice, mas, sem o idoso dependente como vítima. Portanto, esse dado indica a necessidade de considerar, tanto as questões de gênero, quanto as geracionais na análise das situações de violência contra os idosos.

Em relação à identificação de violência na família, os profissionais apontaram indícios que conhecem e aos quais atentam quando em contato com os usuários. Citaram: manchas no corpo, tratamento dispensado pelo familiar, idoso que apresenta descuido com a aparência, alterações no humor ou comportamento e inconsistência entre o que o profissional observa e as informações fornecidas pelo idoso e/ou familiar. Apesar de disporem desse conhecimento, o contexto de trabalho não favorecia aos profissionais, o avanço na avaliação das situações de risco para violência familiar.

As condutas, que na opinião dos entrevistados, facilitam a identificação e abordagem de casos de violência, envolveram a avaliação global e sequencial. Isso significa avaliar, não apenas aspectos físicos ou as queixas, mas incluir as dimensões psicológicas e sociais nos atendimentos que, por sua vez, devem ter continuidade e proporcionar a investigação de sinais e sintomas suspeitos e tempo e condições para a escuta. Como desempenhos facilitadores para a detecção e manejo da violência incluíram: estar disponível ao idoso e ao familiar em horários alternativos às consultas ou atividades realizadas na US, buscar a rede de suporte da pessoa idosa e trabalhar em equipe. Buscaram pôr em prática os procedimentos citados sempre que possível,

algumas vezes com sucesso. Porém, identificaram ocorrências que inibiram a ação adequada dos profissionais.

Entre os problemas, arrolam-se o identificar as situações de violência uma vez que a presença de indícios ou sinais suspeitos nem sempre era acompanhada da revelação da situação vivida; outras vezes, os profissionais desconfiavam da veracidade do relato dos idosos, porém, temiam invadir a privacidade ou acusar injustamente um familiar.

Devido ao impasse na definição ou diagnóstico de casos suspeitos, o resultado era não investigá-los com profundidade por exigir conhecimento específico sobre o manejo de situações de violência, tempo e trabalho conjunto, demandas que a rotina de trabalho de profissionais, já bastante sobrecarregados, impedia de acolher. A dificuldade do profissional em conciliar a sua concepção de violência com a situação vivida pelos usuários era ainda mais problemática devido a vários fatores. Entre eles, salientam-se o silêncio do idoso, tentativas de encobrir os fatos, recusa da intervenção profissional ou a revelação tardia, quando a situação era considerada como grave demais para ser manejada com sucesso. Dessa forma, apenas os casos mais críticos eram evidenciados, geralmente, aqueles envolvendo agressões físicas ou denúncias já formalizadas, favorecendo que as demais formas de violência permanecessem obscurecidas.

Ao refletirem sobre as condições da US para atender situações de violência familiar contra o idoso, os profissionais apontaram o contexto de trabalho, que os impediam de executar as condutas consideradas adequadas para gerir efetivamente a questão. Entre os empecilhos citaram a sobrecarga de trabalho, associada ao grande fluxo de usuários na US, o que impedia encontros para as trocas interdisciplinares e os mantinha ocupados em ações programáticas, com ênfase na saúde orgânica. Diante dessa realidade, o trabalhar em conjunto significava encaminhar os casos suspeitos, e não se envolver na sua resolução. Os participantes também reconheceram como dificultador, a falta de preparo dos profissionais e da equipe para lidar com os casos de violência. Manifestaram, assim, a necessidade de treinamentos para qualificação na área.

Diante desse panorama, além do treinamento dos profissionais da saúde da US para administrar casos de violência e das Políticas Públicas no combate à violência, há a necessidade de estruturação de um projeto

de atuação conjunto que implemente, desde medidas de rastreamento até a inclusão das redes de apoio e ações intersetoriais (Hanada et al., 2010). Medidas nesse sentido, são essenciais para que os profissionais não se identifiquem como simples depositários da necessidade de atuar em mais uma frente ou, que apenas represente o aumento da sobrecarga de trabalho, marcado pela sensação de ineficiência que esses casos imprimem às ações.

Envolver-se em episódios de violência trouxe ainda consequências para o bem-estar pessoal e desempenho profissional, na medida em que os profissionais tentavam separar o emocional do agir profissional, ou pelo contrário, deparavam-se com intensos sentimentos eliciados pela situação de violência, como a raiva pelo agressor ou de impotência e medo da retaliação. Além desses anseios, aproximar-se de casos de violência resultava em reflexão sobre as condições do seu envelhecimento e relações com os familiares.

6.3 DIMENSÃO III – REDES SOCIAIS SIGNIFICATIVAS: PESSOAL E INSTITUCIONAL

Esta dimensão se refere às pessoas significativas para o enfrentamento da violência familiar pelo idoso, obtidas a partir do Mapa de Rede (Sluzki, 1997). Ele identifica as redes de relações familiares, de amizades, de trabalho e estudo, comunitária e da US, aponta as características da relação entre idoso e os componentes da rede e as funções desempenhadas por ela.

A discussão a seguir baseia-se nos Mapas de Rede realizados por cinco participantes, que assumiram o enfrentamento de situações de violência familiar, conforme indicado anteriormente, no capítulo de apresentação dos resultados. Como ilustração, o Apêndice E contém uma entrevista com a utilização desse instrumento. Já no Apêndice F está o Mapa de Redes Geral dos participantes, que reúne as informações dos cinco Mapas.

Categoria I – Rede de Relações Familiares

Entre as **pessoas significativas (1.1)** citadas pelos idosos como relações íntimas e que auxiliaram no enfrentamento da violência familiar incluíram-se no raio de relações próximas, filhos (cinco), irmãs (duas), cunhadas (duas), neto e mãe. Apenas um irmão constou no círculo intermediário e nenhuma pessoa foi indicada para o círculo de relações mais distantes.

Quanto às **características da relação** entre o idoso e os componentes da rede (1.2), três participantes mencionaram *restrições na revelação (1.2.1)* que se realizou apenas às pessoas mais íntimas da família, depois de algum tempo em que eram alvos da violência e o motivo para a demora em revelar foi a vergonha ou o medo.

Ametista, uma das entrevistadas, ao contar para uma cunhada que sofria agressões do marido, foi desestimulada a tomar qualquer providência porque ela considerou a ocorrência “normal” nas relações conjugais. Assim se confirmou a crença da participante que deveria suportar a violência, em nome da união familiar.

Alexandrita demorou a contar para os outros filhos porque, ao mesmo tempo em que queria afastar-se das agressões, temia deixar o filho e a nora que a agrediam sem os seus cuidados e também, porque a filha que mais a apoiava, morava no exterior. Portanto, estava sujeita a abandonar o país, o que não lhe agradava.

Safira, por sua vez, relatou que sempre mencionou as agressões impostas por um filho, para o outro, mas não revelava a gravidade dos atos por temer a decisão dos filhos em vender seu apartamento, o que no seu entendimento, concretizaria outra forma de violência. Essas constatações mais uma vez, denotam a ambivalência da rede familiar, pois por um lado, havia o suporte da escuta e por outro, o desestímulo ao enfrentamento.

Alexandrita e Ametista, quando revelaram e solicitaram ajuda aos familiares para reverter a situação de violência vivenciada, perceberam *maior aproximação (1.2.2)* dos consultados que se dispuseram e se interessaram em ajudá-las. Essa aproximação se mostrou efetiva, pois, foi fundamental na busca de outros suportes, para si e os agressores. Diferentemente, outras três participantes não perceberam ajuda efetiva para resolver o problema, embora os familiares estivessem próximos, englobando-se essa atitude no *apoio insuficiente (1.2.3)*.

Entre as que consideraram o apoio familiar insuficiente, Pérola contava apenas com um neto na cidade, o restante da família residia em

outro estado. Safira tinha o apoio de um filho a quem não revelava integralmente o que acontecia entre ela e o agressor e um irmão, que era pressionado pela esposa a não se envolver nos problemas familiares. Por essa razão, era considerado um apoio mais distante. Entretanto, Opala recebia ajuda da mãe e duas irmãs, mas sentia que estavam cansadas de interferir porque não vislumbravam uma solução. O trecho da entrevista, a seguir, exemplifica a questão.

***Pesq:** Na sua família alguém tem lhe ajudado?*

***Opala:** Na minha família também não. Eles ajudam assim, mais para o meu lado, né, me apóiam assim, mas não tem... Tá todo mundo cansado já também, ajudaram muito no começo, mas agora acabaram desistindo.*

***Pesq:** Mas é uma ajuda pra senhora?*

***Opala:** É.*

***Pesq:** E quem seriam essas pessoas?*

***Opala:** Minhas irmãs, a minha mãe.*

***Pesq:** E de que forma a senhora sente que elas lhe ajudam?*

***Opala:** Conversando, me levando às vezes pra sair com elas passear, sempre entrando em contato comigo. A gente vê uma preocupação né, mas praticamente não podem fazer nada.*

Apesar das restrições, entre as **funções desempenhadas pela rede de relações familiares (1.3)**, o *apoio emocional (1.3.1)* foi citado pelos cinco idosos, que encontravam nessas pessoas acolhimento, possibilidade de desabafar e estímulo para procurar uma solução ao problema.

A *ajuda material e de serviços (1.3.2)* foi considerada pelas idosas, a segunda função mais importante, as quais receberam dos integrantes da rede familiar, dinheiro, alimentação, transporte ou ajuda para contatar órgãos públicos de apoio às vítimas de violência.

Duas entrevistadas relataram que um dos familiares fazia a mediação entre ela e o familiar agressor, servindo como fonte de *regulação social (1.3.3)* na tentativa de conscientizá-lo de sua conduta e proteger a pessoa vitimizada. Duas também apontaram que os familiares envolvidos serviram como *guias cognitivos (1.3.4)*, ajudando com orientações.

Pela presente categoria observou-se que as idosas que reconheceram serem alvos de violência familiar, viviam com seus agressores. Um deles era o marido e os outros quatro, filhos homens e, em um caso, filho e nora.

Ametista que era agredida pelo esposo, escondeu o fato dos filhos até o momento da revelação e separação e as demais idosas viviam sós com os agressores. O fato de o idoso viver na mesma casa com seu agressor e este, ser principalmente, do sexo masculino, como filho e marido, concorda com as pesquisas que revelam os fatores de risco para a violência familiar na velhice, como as de Faleiros e Brito (2009). Portanto, essa condição se inclui como fator de risco a verificar, sempre que se perceber a presença de indícios concomitantes, como o uso de álcool ou drogas, desemprego ou outros impedimentos para dar sequência às tarefas do ciclo de vida entre os integrantes da família da pessoa idosa.

Pelos Mapas de Redes dos depoentes percebeu-se que, o fato de morarem na maioria das vezes, sozinhos com os agressores, agravou-se pela dispersão da rede (Sluzki, 1997). Essa ocorrência provavelmente significa que no cotidiano dessas famílias, aconteceu um distanciamento gradativo entre os membros da família estendida. Por esconder e negar as agressões durante um período, quando necessitam de interferência, a distância dificulta a acessibilidade e a velocidade de resposta dos demais integrantes em situações de crise. A separação geográfica também prejudica o acesso, como no caso de Pérola, que contava apenas com um neto, além dos membros agressores, na mesma cidade e de Alexandrita, cuja filha que a apoiava, residia no exterior.

Na presente pesquisa, mesmo nos casos em que a violência foi revelada, o número de componentes da rede familiar indicados como apoios para o enfrentamento da situação variou de uma a três pessoas. Segundo Sluzki (1997) essa informação caracteriza uma rede de tamanho pequeno, que se define como baixa efetividade em problemas que geram tensão de longa duração, pois seus membros se sentem sobrecarregados, conforme o exemplo de Opala.

Por outro lado, por meio das relações familiares, os idosos acessaram outros serviços, ampliaram contatos, serviços e a rede social significativa para o enfrentamento da violência. Dabas (2001) e Moré (2005) concordam e postulam o conceito de rede social e sua qualidade de sistema aberto, que, através do intercâmbio dinâmico entre seus

membros e com integrantes de outros grupos sociais, possibilita a potencialização dos recursos que possuem.

Categoria II – Rede de Relações de Amizades

Três idosas incluíram **pessoas significativas (2.1)** nessa categoria. Entre elas, Ametista citou três vizinhas, consideradas amigas íntimas, fundamentais, quando expôs o problema e decidiu romper com o marido agressor. Opala se referiu a quatro amigas pertencentes a um grupo de atividade física, localizando-as no círculo intermediário. Alexandrita inseriu no círculo de pessoas íntimas, uma cunhada de sua filha e no círculo intermediário, uma amiga de seu genro que a ajudou e foi considerada uma pessoa amiga, mas não próxima. As outras duas senhoras entrevistadas não se referiram a nenhuma relação de amizade que as auxiliaram no enfrentamento da violência familiar.

A principal **característica da relação entre o idoso e os componentes da rede (2.2)** foi o *afastamento recíproco (2.2.1)*, ou seja, identificou-se nos relatos, o idoso que se afastou de seus amigos, como Alexandrita, por vergonha do que acontecia na sua família e por se sentir deprimida, sem vontade de participar de atividades sociais, e amigos que se afastaram dos idosos.

***Pesq:** E a senhora chegou a comentar esse problema com pessoas mais de fora da família, com amigos?*

***Alexandrita:** Não.*

***Pesq:** Por quê?*

***Alexandrita:** Eu tinha vergonha. Sabiam que acontecia isso então eu nunca conversei. Só mesmo os mais chegados.*

***Pesq:** E hoje a senhora já se sente mais a vontade pra falar?*

***Alexandrita:** Ah, com os outros ainda não. Não me sinto. Tenho vergonha.*

***Pesq:** Vergonha do que?*

***Alexandrita:** Vergonha de saber que aconteceu isso com a gente. Eu acho que um filho fazer isso e meu filho bebia. Sabe que quando tem esse negócio de bebida, sempre aquela pessoa que é meio vivida é meio excluída, meio abandonada. Então eu não conto pra depois não ficar meio ruim. Porque você pode saber que se tiver uma pessoa bêbada numa festa, todo mundo se*

afasta, ninguém chega perto. Então eu não contava e não conto até agora pras pessoas que são de fora assim não. Estou contando pra você, mas pra outras pessoas de fora não.

No caso de Ametista, seu marido tratava mal as amigas que a procuravam e a ridicularizava frequentemente, quando estavam em rodas de amigos, levando-a à desmotivação na busca de sua rede de amizades. Pelas narrativas de Opala, notou-se o afastamento de seus amigos pelo preconceito em relação a seus filhos, usuários de drogas e por estar sempre envolta em problemas. No seu ponto de vista, transformava-a em uma pessoa indesejável para estabelecer e manter vínculos sociais e por isso, seus amigos se afastavam gradativamente.

No entanto, Alexandrita e Opala, no momento em que decidiram contar para as pessoas o seu sofrimento, perceberam a *aproximação de amigos* (2.2.2), que conquistaram a partir dessa ocasião e, Ametista relatou a aproximação de pessoas que já pertenciam à sua rede e intensificaram sua participação.

As **funções desempenhadas pela rede** (2.3) constaram de *apoio emocional* (2.3.1) para Ametista, Alexandrita e Opala e *ajuda material e de serviços* (2.3.2) para Alexandrita.

Para Ametista, o apoio das amigas pareceu tão importante quanto o dos familiares, porque com a separação do marido, foi morar sozinha como suas três vizinhas amigas e assim, as quatro se apoiavam mutuamente. Para Opala, o apoio emocional veio de manifestações de solidariedade e orações, mas de maneira distanciada, sem que ela pudesse recorrer a essas pessoas em caso de necessidade, por isso, indicadas para o círculo de relações sociais intermediárias. Alexandrita conquistou duas novas amigas a partir de suas relações familiares, uma mais próxima, que lhe oferecia apoio emocional e transporte e outra, não tão próxima, que lhe proporcionava acesso a serviços de saúde.

Esta categoria evidenciou o que a literatura afiança de que o isolamento social é um fator de risco para a violência familiar na velhice (Krug et al., 2002; Minayo, 2003; Santos et al., 2007; Dong et al., 2010; Acierno et al., 2010). Os idosos participantes relataram que não preservaram amizades de outras etapas da vida, revelando um afastamento social agravado, possivelmente, pela violência familiar. A manutenção dos vínculos de amizade está diretamente relacionada à

reciprocidade nas trocas estabelecidas e o fato de estarem envoltas em problemas, as distanciava dessas relações, como também, pelo receio ou vergonha de que a violência viesse à tona.

Ao longo do processo algumas participantes incluíram novas relações de amizade em suas redes, importantes para o enfrentamento da violência familiar. Entretanto, de acordo com o Mapa de Rede Geral (Apêndice F) este foi o quadrante que incluiu menor número de pessoas que estabeleciam vínculos atuais.

Apesar de restrita, a densidade (Sluzki, 1997) da rede de Ametista possibilitava a conexão de seus membros, independentemente dela, porque eram vizinhas e também tinham acesso à família e a outras pessoas que não foram consideradas significativas para o enfrentamento da violência, mas que poderiam prestar outros tipos de ajuda. Situação diferente da apresentada por Opala, já que as pessoas significativas não eram consideradas tão próximas e, apesar de a rede apresentar certa densidade, uma vez que as integrantes eram amigas entre si, não eram acessíveis em ocasiões fora dos encontros proporcionados pela atividade grupal da qual participavam na US, aspecto relacionado à dispersão da rede (Sluzki, 1997).

Após interromper os episódios de violência familiar, tanto Ametista quanto Alexandrita, voltaram a participar de atividades sociais, buscaram antigas amigas e fizeram novas, o que refletiu em seu bem-estar e auto-estima. A pessoa idosa como qualquer outra, é um ser de relações e por isso, tem nas amigas um dos principais suportes para o envelhecimento bem-sucedido. Além disso, retoma-se o argumento de Sluzki (1997) de que a rede dá ou devolve à pessoa a noção de competência e poder, bem como a diminuição da rede leva à desesperança, porque encerra a pessoa em um circuito fechado com seus problemas, sem a alternativa de construir novos significados relacionados à situação vivenciada, capazes de libertá-la.

Uma das participantes indicou uma relação de amizade do passado no quadrante de relações significativas do ambiente de trabalho, considerada de grande importância no seu enfrentamento da violência familiar. Esta pessoa a ajudou a perceber as atitudes de seu marido como violência e a reavaliar a situação que vivenciava na relação conjugal, incentivando-a a buscar ajuda para mudar a situação. As demais idosas não indicaram nenhuma pessoa significativa para o quadrante de relacionamentos ligados ao trabalho e estudos.

Categoria III – Rede de Relações Comunitárias

Safira e Pérola representaram como **pessoas e instituições significativas (3.1)** os vizinhos, não considerados amigos ou relacionamentos íntimos, como apresentado na categoria anterior, mas colocados no círculo intermediário e no terceiro círculo, caracterizado por relações ocasionais e distantes.

Safira, Ametista, Pérola e Opala, respectivamente, citaram profissionais de órgãos de defesa como a secretária da Delegacia de Polícia, psicóloga e assistente social do MP e da Delegacia da Mulher e coordenadora do Conselho de Saúde Mental. Com exceção da secretária, indicada por Safira, para o círculo de maior proximidade, os demais componentes da rede se adicionaram ao círculo de relações intermediárias e distantes.

Uma das participantes, Alexandrita, não mencionou nenhum integrante neste quadrante, em concordância com a sua postura de revelar para o menor número de pessoas possível e, por buscar ajuda na US, para lidar com o problema.

Enquanto **característica da relação entre o idoso e os componentes da rede (3.2)** notou-se que as pessoas indicadas sabiam dos maus-tratos perpetrados pelo familiar à pessoa idosa, mas se mantinham distantes, colocando-se à disposição e entrando em cena mediante solicitação, ou seja, *sabiam mas não interferiam (3.2.1)*.

No caso das relações comunitárias com os vizinhos, esse envolvimento foi percebido por duas participantes como descaso ou como sinal de que as pessoas não queriam se envolver nos problemas enfrentados por elas, até o momento em que precisaram de ajuda e então, corresponderam, sendo incorporadas à rede de relações comunitárias, como na narrativa de Pérola.

Pérola: *A vizinhança toda sabe.*

Pesq: *E tem alguém que lhe ajuda a lidar com esse problema?*

Pérola: *Não, não, e não adianta, tem um vizinho ali do escritório de frente à porta, do lado de cá, ele disse: ‘Dona Pérola, qualquer coisa me chame, por favor, me chame, é só dar uns socos na cabeça dele que ele já melhora dos*

miolos', mas eu não chamo, porque eu não ponho ninguém no meio. Eles só sabem por que me vêem chorando, ou então ouvem ele gritando aí eu saio chorando, aí eu comento, aí eu comento mesmo, sabe, isso aí eu comento. Por que eu não agüento aquilo, eu tenho que ir chorando mesmo, e eles sabem, né, ali em baixo no escritório escuta todas as barbaridades que ele me diz.

Pesq: *Então assim, só pra eu entender, muitas pessoas sabem, mas quem ajuda a lidar com essa situação? Tem alguém que lhe dá apoio, ou alguém com quem a senhora conte?*

Pérola: *Não, nem financeiro, nem ... Imagine! Nem financeiro, ninguém tem a obrigação de me ajudar, e nem assim com conselhos, né.*

Entre as **funções desempenhadas pela rede (3.3)** constatou-se que as pessoas citadas ofereceram *apoio emocional (3.3.1)* através de prestação de serviços dos órgãos públicos, mencionado por Opala e Ametista que posicionaram os profissionais no círculo intermediário.

Safira sentiu-se bastante acolhida quando se dirigiu à delegacia de polícia com o filho e por isso, considerou a secretária que a atendeu como pertencente ao seu círculo de relações mais próximas. Ajuda para conseguir os *serviços (3.3.2)* ou encaminhamentos para os serviços demandados foi mencionado por Ametista, Opala e Pérola, com a diferença que as duas últimas, posicionaram os profissionais no raio de relações intermediário e mais distante respectivamente, porque se encontravam insatisfeitas com os serviços oferecidos pelos órgãos mencionados. As funções acima constam no seguinte depoimento de Ametista.

Pesq: *E como foi atendida nesses lugares?*

Ametista: *Na delegacia fui bem atendida, mas fui muito melhor atendida no MP. Depois além de tudo me mandaram a psicóloga, a assistente social pra conversar comigo, me encaminharam pro psiquiatra porque estava sendo acusada de desequilibrada. Então tive mais assistência do MP.*

Pesq: *Considera que essa assistência lhe ajudou a sair da situação de violência?*

Ametista: *Ajudou sim. Eles ficaram vindo aqui em casa uns sete meses pra conversar comigo.*

Pesq: *Quem exatamente?*

Ametista: *A assistente social e a psicóloga, só que não lembro o nome delas. Vinham uma vez por mês e perguntavam como eu estava, dos remédios, se estava me tratando, porque tem gente que larga tudo, né? Depois de sete meses acharam que dava pra me largar. Fui muito bem atendida pelo MP. Foi bom porque a gente vê que tem alguém se importando. É difícil porque tem coisa que a gente não tem certeza se está certo ou errado, foi muito bom.*

Pesq: *O que a senhora não tinha certeza se estava certo ou errado?*

Ametista: *A minha cabeça, você sabe, dá um ... fica um turbilhão. Elas vinham e contavam o que estava acontecendo, o que podia acontecer. Elas me ajudaram bastante. Perguntam até se você tem o que comer, olham a casa toda e a minha casa estava um horror. Chamaram meus filhos e pediram uma reforma no apartamento, porque daquele jeito não dava pra viver. Foram de bastante ajuda.*

As entrevistadas ainda mencionaram que as pessoas referenciadas as auxiliaram como uma *regulação social* (3.3.3) porque estavam à disposição para os momentos de agressão quando não conseguiam superá-los sozinhas.

Pérola e Safira valorizaram bastante a disponibilidade das vizinhas às quais recorreram em várias ocasiões. As visitas domiciliares dos profissionais, vinculados aos órgãos públicos de defesa do idoso ou de vítimas de violência, também foram citados como envolvidos nessa função porque transmitiam a sensação de proteção. Os entrevistados notaram diferença na postura do familiar agressor a partir do momento em que os profissionais se envolviam.

Os dados da presente categoria indicam a importância das relações comunitárias no controle da violência familiar. Nesta pesquisa destacou-se a participação dos vizinhos e profissionais vinculados à Justiça. Diante das condições de maior isolamento e de restrição das relações de amizade a que as vítimas de violência familiar

frequentemente estão submetidas, os vizinhos configuraram-se como importante fonte de apoio e de regulação dos episódios de violência.

Porém, as experiências das participantes confirmam o ponto de vista de Fuster (2002) que aponta para a tolerância da sociedade a situações de violência, a que se agrega o temor de invadir a privacidade familiar. Com exceção de Alexandrita, que vivia em um lugar afastado e sem vizinhos próximos, as demais relataram que eles tinham conhecimento da violência em seus lares, mas não se manifestaram até que elas pedissem ajuda.

Outro dado a se considerar, é que quatro, das cinco participantes, quando buscaram ajuda, além de apelar para a rede de relacionamentos da família e de amizades, recorreram aos órgãos vinculados à Justiça. Essa iniciativa demonstra o quanto o tema violência familiar está associado à justiça ou à polícia, em detrimento à saúde, indicando a incipiência das políticas públicas da saúde em relação a esse assunto.

Categoria IV – Rede de Relações com os Profissionais da US

A Categoria IV retrata uma parte do quadrante das relações comunitárias, originalmente proposta por Sluzki (1997), que abrange as relações com sistemas de saúde e agências sociais. Na presente pesquisa adaptou-se esse item do Mapa aos objetivos e utilizou-se exclusivamente, para mapear o relacionamento dos participantes com a US.

Dos cinco participantes que compartilharam o Mapa de Rede, apenas dois indicaram **pessoas significativas (4.1)** vinculadas a US. Entre elas, Safira mencionou uma pessoa vinculada à área de saúde mental e uma técnica de enfermagem que a atendia em domicílio e Alexandrita incluiu dois profissionais da área de saúde mental e um médico.

Enquanto **características da relação entre idoso e os profissionais da US (4.2)**, considerando-os como componentes potências da rede de relacionamentos dos usuários idosos diante do enfrentamento de situações de violência familiar, observaram-se diferentes perspectivas. Safira, em seu Mapa de Rede, incluiu que *encontrou ajuda quando revelou (4.2.1)* porque prestou queixa em uma delegacia de polícia, que a encaminhou para o MP, que por sua vez, solicitou o acompanhamento da US. Assim, por meio dos atendimentos

domiciliares que recebeu e dos encaminhamentos oferecidos para o filho dependente químico, Safira percebeu pequenas melhoras.

Segue trecho da narrativa que aclara sua relação com a US.

Pesq: *Por que a senhora notou que quando a senhora foi lá no MP o pessoal da US começou a vir aqui?*

Safira: *Todos vieram aqui.*

Pesq: *E isso a senhora acha que lhe ajuda a enfrentar essa situação?*

Safira: *Muito, muito, muito, demais.*

Pesq: *E ajuda em que sentido, dona Safira?*

Safira: *A me sentir melhor, me sentir mais protegida, se acaso eu precisar de alguma coisa, né?*

Também Alexandrita *encontrou ajuda apesar de não revelar* (4.2.2) que sofria agressões físicas do filho e da nora, ao encaminhá-los para o tratamento do alcoolismo, por isso, indiretamente, as agressões cessaram. Portanto, considerava os profissionais que acolheram seu pedido como integrantes de sua rede pessoal significativa. O diálogo a seguir ilustra o fato.

Pesq: *Mas por que a senhora pensou em procurar a US?*

Alexandrita: *Pois eu não sei. Mas você sabe o que eu fiz? Eu disse a Deus que me desse uma luz na minha cabeça e depois foi quando me deu, eu falei ‘vou na US’ e vim pra cá. Já estava me tratando aqui, eu vim. Eu falei ‘vou procurar’ e fui subindo esses degraus por aí, falei ‘quero falar com a assistente social’ e fui indo. Até que ela não estava na hora, estava outra assistente dela que chamou o rapazinho lá e foi onde que eles começaram a me ajudar.*

Pesq: *E isso a senhora chegou a contar pra mais alguém?*

Alexandrita: *Não, só mesmo pra essas que estão aí [no Mapa de Redes]. Nem pra psicóloga eu contei. Contei que ele bebia.*

Pesq: *Ah, pra psicóloga a senhora não chegou a contar sobre a agressão?*

Alexandrita: *Não.*

Pesq: *E no que ela lhe ajudou?*

Alexandrita: *Ajudou também a encaminhar ele, ia conversar com ele, porque eu então trouxe ele pra conversar com ela. Ela aconselhou muito ele, conversou, explicou tudo pra ele, como que era e como que não era, que se ele não parasse de beber ia ficar doente e ia, porque ele ficou bem doente.*

Pesq: *E aqui da US alguém mais ficou sabendo da agressão?*

Alexandrita: *Não.*

Pesq: *Então o que eles mais ajudaram foi no encaminhamento pra que tratasse do alcoolismo mesmo?*

Alexandrita: *É, encaminhamento.*

Pesq: *Que foi uma ajuda...*

Alexandrita: *E como foi! Eu agradeço muito mesmo, os três. Eles me ajudaram muito.*

As outras participantes que preencheram o Mapa de Rede não incluíram nenhum profissional, entendendo-se o motivo, em suas narrativas. De acordo com o relato de Pérola, ela *buscou e não encontrou ajuda* (4.2.3) profissional para enfrentar as situações de maus-tratos verbais existentes entre ela, filho e nora. Entretanto, na ocasião da entrevista Pérola recebia acompanhamento do MP e da US, a qual destinou profissionais para atendimento domiciliar porque seu filho e nora que estavam acamados. Ainda, várias vezes foram atendidos pela equipe de saúde mental, pouco efetiva, pois, os maus-tratos não diminuíram

Pesq: *E da US [se recebia algum tipo de ajuda]?*

Pérola: *Da US é aquela que vai nas casas, ela que tá a par assim do meu problema. Mas não, porque ela vai lá uma vez por mês, e seria também neutra, nesse ponto de vista. Ela nunca acompanhou mesmo assim o meu problema com ele.*

Pesq: *Eu pergunto pra ajudar a lidar com essa situação entre a senhora e o filho.*

Pérola: *Ah, não, pra isso também não adiantou nada, não adianta.*

Pesq: *Então ninguém da US?*

Pérola: *Não, ninguém, ninguém mesmo, querida. Só aquela psicóloga, mas que não adiantou, porque não precisava.*

Já Ametista, quando decidiu enfrentar o problema e se separar do marido agressor, recorreu à Delegacia da Mulher e ao MP. Como usuária da US se envolveu nas atividades de grupo porque se sentia deprimida. Contudo, não se sentiu à vontade para falar sobre o assunto com outras pessoas que não enfrentavam a mesma situação, como relata na sequência.

Pesq: *E da parte da saúde, da US. Alguém ficou sabendo, lhe ajudou?*

Ametista: *Não. Quando participei dos grupos comentei alguma coisa, mas não me senti a vontade pra ficar falando. Porque realmente a gente não fica a vontade pra falar.*

Na experiência de Opala, sua percepção era de que os profissionais da US haviam desistido de ajudá-la, porque ela já recorrera a eles várias vezes em busca de ajuda para os filhos, dependentes químicos. O auxílio que obtinha era o encaminhamento para internamento em clínicas ou hospitais especializados. Entretanto, a política de restrição do número de vagas em instituições para tratamento psiquiátrico pelo SUS, limitou esse procedimento, sem oferecer alternativas. Mesmo assim, ela insistia na tentativa.

Pesq: *Na US a senhora encontrou algum auxílio, algo que...*

Opala: *De início sim, mas agora já não querem mais. Porque segundo eles não tem leito na central de leitos, não tem mais vaga pra internamento, os hospitais já não querem mais eles, entende? Ontem, inclusive eu pedi pra juíza, e conversando com as outras pessoas eu cheguei a dizer o seguinte, que nós não podemos parar, a gente tem que se organizar, buscar uma ONG de repente, disposta a ajudar, correr e continuar cobrando do governo uma solução, uma pesquisa, que encontrem alguma droga que venha a bloquear essa vontade de usar essas coisas, que em contato com a droga e com o álcool acabem levando eles a desistir de continuar usando... alguma coisa, sabe, porque a gente não sente, assim, resultados.(...)*

Entre os participantes da pesquisa que não fizeram o Mapa de Rede por não se enquadrarem no perfil de vítima de algum tipo de violência familiar, dois avaliaram que *buscariam a US em caso de violências que viessem a sofrer* (4.2.4) como um recurso no enfrentamento da situação, conforme exemplificado no depoimento abaixo.

Eu vinha aqui. Se fosse o caso eu contava pra alguém daqui, alguém daqui da US, que é uma responsabilidade do idoso e daí a pessoa que tá mais capacitada. Mas outro lugar eu não sei. Eu viria, certamente eu viria aqui. Faria uma denúncia, ah, chegava e contava, ‘Olha, é assim, assim, assim, assado’. (Ágata)

Contudo, dois participantes afirmaram que *não buscariam ajuda se precisassem* (4.2.5) na US por não perceberem a relação entre os serviços ali oferecidos e as necessidades de uma pessoa que enfrenta uma situação de violência familiar, exposto nas narrativas.

Mas qual especialidade você está dizendo? Não. A não ser numa consulta que eu tivesse que falar, que estivesse muito nervosa, que tivesse que tomar algum calmante. Sei lá. Daí poderia ser que eu falasse. (Turmalina)

*Eu acho que problema particular tem que ficar com a gente e não levando. Não iria levar para lá não ... Não sei, mas **acho que levar esse tipo de problema lá na US não tem razão de ser, né.*** (Topázio)

Dentre as **funções desempenhadas pela rede** (4.3) de relacionamentos com os profissionais da US, Safira e Alexandrita apontaram para o *apoio emocional* (4.3.1), pois, foram acolhidas em suas necessidades e os profissionais oportunizaram espaço para escuta tanto das idosas como de seus familiares, por meio de atendimentos sequenciais que envolveram, tanto a saúde física, quanto a emocional. Ambas também se beneficiaram de *serviços* (4.3.2), como encaminhamento para tratamento especializado para os filhos e atendimento domiciliar com procedimentos relacionados à atenção

básica de saúde, incluindo vacinas, exames de sangue, marcação de consultas, entre outros.

Alexandrita esclareceu que os profissionais serviram como *guia cognitivo e de conselhos* (4.3.3), para ela e para o filho, por compartilhar informações técnicas e esclarecer sobre a doença e suas consequências. Já Safira relatou que a presença dos profissionais serviu como uma forma de *regulação social* (4.3.4), como mostrado no diálogo a seguir entre ela e a pesquisadora.

Safira: *Eu acho assim, a partir do momento que eles começaram a freqüentar aqui, veio a FAS, veio da parte da US, então eu acho que já me ajudou. Eu acho, porque eu não estou mais sozinha, eu não tô mais, de jeito nenhum. Se eu precisar de alguma coisa, é mais do que justo que eu vá pedir pra alguém e com certeza vou conseguir, não tenho a menor dúvida.*

Pesq: *E a senhora chegou a se sentir sozinha?*

Safira: *Nunca mais, nunca mais e ele está, como é que eu vou dizer, não que esteja amarrado, ele está, como é que eu vou dizer, vigiado, vigiado ... tá vigiado.*

Pesq: *Por quem?*

Safira: *Por todos vocês.*

Pesq: *Pela equipe da US?*

Safira: *Todos eles. Se eu precisar eu falo lá com o SUS e consigo.*

Esta categoria evidenciou o quanto ainda se restringe a participação dos profissionais da saúde como suporte social para os idosos, vítimas de violência. Essa constatação indica uma vez mais, que as Políticas Públicas existentes precisam ser colocadas em ação, principalmente, no que se refere ao acolhimento de questões de ordem psicossocial pelos profissionais de todas as áreas e não somente por aqueles que têm formação em saúde mental. Além disso, as narrativas das participantes durante o preenchimento do Mapa evidenciaram que, quando os profissionais trabalham de forma articulada internamente, ou com outros setores, as possibilidades de auxílio às vítimas se potencializam.

Como exemplo aparecem Safira e Alexandrita, beneficiadas pela ação conjunta dos profissionais, segundo o ponto de vista de Hanada et al. (2010) em relação ao imperativo de aprimoramento das ações profissionais, dos recursos existentes nos serviços e da necessidade de construção de um projeto assistencial comum, no interior dos serviços e das redes de assistência para agir frente à violência contra a mulher e igualmente, como fonte de discussão sobre a violência contra o idoso.

Como fonte de motivação sobre a questão da violência contra a pessoa idosa e para incluí-la na agenda dos profissionais da saúde é preciso investir em treinamento para que eles possam conduzir com eficiência, os casos acompanhados. Assim, as vítimas não seriam revitimizadas, segundo discussão em outra parte desta pesquisa. Evitaria ainda, torná-las descrentes da possibilidade de solução para a situação vivenciada, como ocorreu no andamento das entrevistas, com as participantes, Pérola e Opala.

Por fim, os dados desta categoria indicam para a sobreposição da violência contra a pessoa idosa e a dependência química entre os membros da família. Considera-se estes fatores como condições de vulnerabilidade para o idoso, especialmente, quando apenas os dois vivem na mesma casa. Nesse viés, os profissionais devem atentar para possíveis indícios, já que encontrar ajuda para a dependência química ainda é mais fácil do que buscar auxílio para as ocorrências de violência. Alexandrita confirmou esse fenômeno, pois, buscou ajuda na US por se encontrar no limite da suportabilidade para as violências sofridas, mas revelou apenas o alcoolismo do filho.

Síntese da Dimensão III – Redes Sociais Significativas: Pessoal e Institucional

O preenchimento do Mapa de Rede pelos participantes evidenciou, por um lado, a fragilidade da rede pessoal significativa das idosas, e por outro, o seu potencial para o enfrentamento de situações de violência familiar.

Considerando-se inicialmente, a rede familiar das participantes, observou-se a significativa proximidade com o agressor e simultaneamente, o distanciamento com os demais membros da família que moravam distante ou estavam pouco envolvidos. Essa ocorrência permitiu manter a violência em segredo, durante um período. Quando

revelada, as participantes selecionavam quem teria acesso à informação, envolvendo um número restrito de integrantes.

A rede familiar das participantes foi considerada pequena, o que indica pelos dados de Sluzki (1997), baixa efetividade pela probabilidade de não manter suas funções, diante da gravidade ou duração das questões envolvidas. No entanto, as relações familiares propiciaram o apoio emocional, que, se não resolvia o problema, contribuía para o alívio do sofrimento e, foi por essa via que conseguiram recursos financeiros, materiais e mediação com o agressor. Um aspecto muito importante a considerar é que todas as participantes acionaram primeiro, os familiares para revelar ou falar sobre as agressões sofridas. Portanto, eles foram fundamentais para que ampliassem suas redes pessoais por meio da aproximação aos integrantes das redes dos familiares ou mesmo, como incentivo para buscar auxílio de outras pessoas, diminuindo o isolamento.

O quadrante representativo da rede de relações de amizade das participantes indicou a diminuição do número de integrantes em decorrência do afastamento social, associado ao processo de envelhecimento humano, intensificado pelas vivências de violência familiar. Dessa forma, deduz-se que a limitação da rede de amizades é um fator, tanto para aumentar a vulnerabilidade para a violência, quanto é consequência da violência sofrida. Entre as participantes, o rompimento da violência familiar facilitou a retomada da vida social, busca de amizades antigas e conquista de novos vínculos que proporcionaram bem-estar, apoio emocional, pertencimento, entre outros.

Nesse sentido, o quadrante de relações comunitárias mostrou a relevância da participação dos vizinhos, que em alguns casos, se incluíram na rede de relações de amizade, devido à proximidade que se estabeleceu. Além de os vizinhos se transformarem em pessoas amigas, evidenciou-se sua importância na regulação social da violência porque eram as pessoas facilmente acionáveis e disponíveis durante os episódios de agressão mais graves.

Contudo, os mecanismos de tolerância social, apontados por Fuster (2002), ainda são um impedimento para aumentar a efetividade de sua participação. Os funcionários dos órgãos de Justiça e da Saúde constam entre os indicados para compor as redes de relações comunitárias. Os primeiros foram os mais procurados quando as

participantes decidiram romper o silêncio e buscar ajuda fora das fronteiras familiares. É importante ressaltar a falta de participação dessas idosas em outros grupos de pertença e dessa maneira, a ausência de membros da comunidade, representantes de órgãos que também poderiam ser fonte de apoio diante de problemas familiares. Entre eles incluem-se religiosos, líderes comunitários ou membros de outras associações ou serviços existentes na comunidade, o que confirma a situação de isolamento das pessoas, vítimas de violência.

A US demonstrou ser um local potencial para a implantação da rede de idosos, vítimas de violência familiar, apesar de ainda pouco reconhecido e explorado. Mesmo sem a sistematização do trabalho para atender a essas situações, pela experiência das participantes, percebeu-se que as intervenções profissionais foram fundamentais para que algumas idosas conseguissem romper o ciclo de violências familiares a que estavam sujeitas. As intervenções se mostraram mais eficazes nos casos em que os profissionais, em parceria ou não, com outros órgãos públicos, acolheram o pedido de ajuda com prontidão, ofereceram apoio emocional sequencial, orientação e encaminhamentos para serviços competentes. Serviram ainda como mediadores entre a idosa e seu agressor, atendendo à demanda em sua integralidade e estabelecendo assim, um vínculo de confiança.

Quanto ao serviço de atenção primária à saúde, ficou evidente a necessidade de ampliar o diálogo sobre o tema, entre os profissionais e os usuários. Promover a conscientização da população para casos de violência e a identificação da US como um espaço de auxílio, é outro investimento necessário.

Esta pesquisa mostrou que os entrevistados, usuários da US não estabeleceram essa relação ou buscaram ajuda para problemas concorrentes e não revelaram que a situação também envolvia violência familiar. Outro aspecto para viabilizar são as medidas de rastreamento de casos para estabelecer ações preventivas ou intervir precocemente em situações suspeitas ou confirmadas, e assim, estabelecer uma busca ativa e não apenas, responder às demandas intersetoriais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa baseou-se no pressuposto de que os significados construídos acerca da violência familiar contra os idosos norteiam a maneira de enfrentar a questão pelos idosos e profissionais de saúde, tendo em vista que é por meio dessa construção que as pessoas compreendem o mundo, as experiências subjetivas e dão sentido à realidade em que vivem.

Escolheu-se o contexto da atenção primária à saúde porque, além de vivenciá-lo nas atividades profissionais, também o reconhece como um serviço fundamental pela forma que se organiza e se aproxima da população e pelo seu potencial em constituir a rede pessoal significativa dos usuários para o enfrentamento de diversos problemas relacionados à saúde.

O processo de pesquisa orientado pela pergunta inicial abriu-se para uma série de indagações e reflexões quanto ao trabalho de campo e aos procedimentos para a coleta de dados. Percebeu-se a presença de casos de violência familiar contra idosos em diálogos com alunos e profissionais que atuavam na US. A importância do tema, delegado por pesquisadores da área, também motivaram o estudo. Porém, não havia na US nenhum trabalho ou forma de registro específicos que apontassem para uma maneira de desenvolver a pesquisa de campo.

Dessa forma, optou-se pela observação participante como estratégia inicial de aproximação e início dos diálogos sobre o tema. Essa estratégia se mostrou adequada pela necessidade de se aproximar gradativamente dos idosos, considerados vítimas de violência familiar, e dos profissionais envolvidos com a questão. Dessa maneira, a trajetória de pesquisa constituiu-se em um processo recursivo entre os dados emergentes, a proposta de estudo e as reflexões pessoais.

Na fase inicial da observação participante notaram-se dificuldades de entendimento dos significados de violência, visto que a sua existência era constantemente negada pelos profissionais e a ressonância nos diálogos só foi possível ao se abordar situações de vulnerabilidade, ou seja, momentos de vida ou condições potencialmente geradoras de violência familiar. Ao se discutir a

vulnerabilidade à violência, enfocou-se as problemáticas vivenciadas pelos idosos e dirimiam-se dúvidas e questões pessoais dos profissionais sobre o assunto. Essa necessidade demonstrou a complexidade da questão e assim, alguns casos de violência foram lembrados e relatados. A partir desses fatos identificaram-se profissionais envolvidos nos acompanhamentos, iniciando-se as entrevistas semi-estruturadas.

O espaço das entrevistas possibilitou a conversa quando os participantes, oralmente, coordenaram suas ações e pensamentos em um entrelaçamento de ideias, opiniões, lembranças e sentimentos e, nessa troca com o entrevistador, geraram significados em torno da questão. As entrevistas serviram para que alguns profissionais e idosos relatassem suas experiências e às vezes, se deparassem com o novo, com o desconhecido ou com o despreparo para administrar as situações de violência. Nesse sentido, considera-se a privacidade das entrevistas individuais com os funcionários e os idosos, um facilitador para a aproximação e estabelecimento de um clima de confiança, necessário para a abordagem do objeto.

O conjunto dos dados, provenientes da literatura, observação participante, entrevistas e Mapas de Redes, foram organizados em três grandes dimensões que gravitaram em torno do fenômeno central, qual seja, os significados construídos sobre a violência familiar pelos usuários idosos e profissionais de uma unidade de saúde e como esses significados direcionaram a maneira de enfrentar o problema.

Essa organização teve o intuito de responder ao desafio da complexidade das diferentes perspectivas que emergiram e de fazer uma leitura transversal de todos os dados através das três dimensões e suas categorias, subcategorias e elementos de análise e, em cada uma das dimensões, ler substancialmente, os dados coletados. Portanto, organizaram-se os resultados a partir da interface da leitura transversal e vertical. Com base nessas considerações destacam-se, em continuação, as conclusões para responder aos objetivos propostos.

Os profissionais da saúde indicaram e identificaram para esta pesquisa idosos envolvidos em situações de violência familiar. Caracterizaram-se como pessoas ativas, participantes da dinâmica familiar e, apesar de cronologicamente na velhice, não se identificavam com as construções sociais e significados atribuídos aos “velhos”, associando essa condição àqueles idosos frágeis e dependentes.

Os significados de violência familiar, trazidos pelos idosos,

pautaram-se principalmente, em agressões físicas e psicológicas e associados ao “outro idoso”, o fragilizado e sem condições de se defender.

Os idosos, ao avaliar suas relações familiares, também reconheceram principalmente as agressões físicas e psicológicas. Já outros tipos de maus-tratos como a negligência e diferentes formas de abusos financeiros, identificados posteriormente, nos relatos, não foram mencionados pelos participantes. Da mesma maneira, não perceberam as experiências pessoais associadas à categoria “violência familiar contra o idoso”, o que pode justificar-se pelo fato de não se considerarem “idosos” e a violência geralmente ser associado ao outro. Além disso, essa expressão, por associar a violência a uma fase específica do ciclo de vida, pode ter inibido a associação dos depoentes que sofreram violência em etapas anteriores de sua existência.

Os significados construídos em relação ao termo violência contra o idoso indicam caminhos para desenvolver trabalhos porque diante de uma construção comum de significados, que adquirem certo consenso entre as pessoas de um determinado contexto social, outros significados são restringidos ou não são identificados (Gergen, 1996).

Isto quer dizer que ao se propor pesquisas envolvendo idosos vítimas de violência ou quando a mídia veicula a violência contra os idosos, convém refletir sobre a grande diversidade de condições em que as pessoas se encontram na velhice e que nem sempre, como os dados desta pesquisa indicaram, se identificam como idosos ou com as questões atribuídas a essa fase.

Entre os fatores que geram e sustentam a violência contra os idosos, os participantes identificaram as interações geracionais cruzadas das questões do ciclo de vida (Walsh, 1995). Consequentemente vislumbra-se o desrespeito e coisificação do idoso, quando este já não pode mais contribuir com a família na mesma medida e demanda, mais do que oferece. Além desse aspecto, ratificaram-se as crenças associadas às relações de gênero que contribuíram para a continuidade dos maus-tratos desferidos pelos maridos e filhos às idosas, agravados pelos estressores horizontais (Carter & McGoldrick, 1995). Como exemplos citam-se o abuso de álcool e/ou drogas e problemas financeiros. Os impasses gerados pelas interações geracionais cruzadas foram facilmente identificados ao visualizar a violência cometida contra o idoso frágil. Entretanto, os participantes não admitiam ser vítimas dessa

violência, tampouco a de gênero, quando se tratava das experiências pessoais.

As crenças associadas ao gênero e às interações geracionais cruzadas do ciclo de vida colocavam os idosos em uma posição de ambivalência em relação aos familiares agressores. Esse contexto gerava dupla vinculação afetiva, o que os mantinha na relação durante muito tempo por não acreditarem poder viver de outra forma, ou por não vislumbrarem saída possível, sendo a violência naturalizada no cotidiano familiar. Portanto, os dados indicaram que as restrições nos significados impediam os idosos de identificar situações de violência familiar e, mesmo que as admitissem, não as enfrentavam ou demoravam em fazê-lo devido às crenças subjacentes que sustentavam e davam sentido a sua ocorrência. A presença de crenças associadas a um sentimento de fracasso no cumprimento dos papéis familiares e sociais, por parte dos idosos, que se sentiam diretamente responsáveis e dessa forma, sem o direito de reivindicar mudanças.

Nesse sentido, a compreensão da dinâmica subjacente às histórias de violência familiar, que inclui o reconhecimento das crenças e das questões geracionais, pelos idosos e pelos componentes de sua rede, pode ser um facilitador para o início do processo de desconstrução das crenças que a sustentam.

Apesar das dificuldades, algumas participantes enfrentaram a violência familiar ao re-significar a experiência e o sofrimento dos maus-tratos e desejar outra forma de viver. Os exemplos das idosas que resolveram o problema interrompendo o ciclo agressivo confirmaram essa possibilidade e mostraram o saldo positivo de investir na resolução desse agravo. Desfizeram a concepção dos entrevistados quanto à impossibilidade de as pessoas idosas se defenderem. De qualquer forma, ressaltam-se as consequências da violência que se mostraram devastadoras tanto para os que ainda a sofriam quanto para aqueles que já a haviam superado e que ainda lidavam com as sequelas emocionais da experiência.

As redes pessoais significativas foram importantes para o enfrentamento da violência familiar, apesar de revelarem-se, por meio do preenchimento do Mapa de Rede (Sluzki, 1997), bastante frágeis pela diminuição do número de integrantes em função da idade, bem como ao isolamento imposto pela situação de violência. Por outro lado, mesmo restritas, as redes pessoais demonstraram sua força, pois o

enfrentamento da violência se viabilizou com a ajuda de familiares, vizinhos, amigos e pelo acesso a serviços disponíveis na comunidade, como delegacias e órgãos de defesa. Esse dado confirma o benefício das políticas públicas de inclusão social da pessoa idosa, como forma de prevenção e detecção de casos de violência familiar.

A US, embora pouco identificada como um local para receber ajuda em casos de violência, mostrou a sua potencialidade para tal, uma vez que entre os participantes houve quem conseguisse superar o problema com o envolvimento dos profissionais, tendo ou não, revelado a violência sofrida.

Para os profissionais da US, os significados de violência e de violência familiar contra o idoso se apresentaram de forma ampliada, reconhecendo-os como um fenômeno complexo e de difícil apreensão em um só conceito. No entanto, apesar de apontarem para a heterogeneidade do processo de envelhecimento e a possibilidade de desenvolvimento e ganhos, predominou a visão de declínio, fragilidade e perda de poder nas relações, na velhice. Ainda, a violência familiar contra o idoso foi principalmente, associada ao idoso frágil e dependente, vítima da falta de cuidado da família. Nesse sentido, o principal fator que gera e sustenta a violência, do ponto de vista dos profissionais, são as interações geracionais cruzadas do ciclo de vida. Eles não mencionaram as situações de violência iniciadas no passado que se estenderam ao longo da vida, como a violência conjugal no início ou durante a velhice, mas que não tinham o idoso dependente como vítima. Os profissionais não analisaram as questões de gênero e violência.

Apesar de cientes dos indícios de violência e de reconhecer os sinais suspeitos de sua ocorrência, os significados construídos sobre violência familiar contra idosos impediam a ação profissional. Os profissionais apresentaram uma visão linear sobre a questão, identificando o idoso frágil como a vítima e os familiares como os culpados pela violência existente. Além da ênfase na culpabilização da família, consideravam dispor de poucos recursos para trabalhar o funcionamento familiar diante de situações de violência. Sendo assim, a situação parecia sem saída, já que nessa ótica, quando o idoso é frágil e dependente da família e a família não é capaz de oferecer cuidados, a única saída é a retirada da vítima de perto do agressor, ou seja, a institucionalização. Esta medida, porém, pode configurar-se como uma

nova forma de violência, e não raro, recusado pelos envolvidos, criando um impasse para os profissionais.

Os profissionais também apontaram fatores relacionados ao contexto do trabalho que não favoreceu o avanço na avaliação e encaminhamento de situações de violência familiar contra idosos. Entre eles, a ausência de estratégias de rastreamento e detecção de casos, pois, a rotina consistia de práticas voltadas para a saúde do corpo e pautadas em ações programáticas.

Diante do volume de usuários na US e da organização do trabalho, nem sempre era possível oferecer atendimentos sequenciais, ambiente seguro e de confiança para maior aproximação entre profissional/usuário. Esses requisitos são necessários para a investigação de sinais e sintomas suspeitos ou situações de risco, segundo proposta de acolhimento aos usuários e da clínica ampliada, passos fundamentais para a implementação das políticas públicas de combate à violência.

Também, a problemática em colocar em prática as políticas públicas relacionadas à violência contra os idosos esbarrava na dificuldade em identificar as situações de violência, principalmente: quando os profissionais percebiam sintomas negados ou ocultados pelo idoso; quando desconfiavam da veracidade das queixas ou informações trazidas pelos idosos, situações somadas ao receio de invadirem a privacidade e de acusarem injustamente um familiar. Esses entraves se fortaleciam porque os profissionais acreditavam que quando as vítimas revelavam a violência já era tarde demais para interferir ou sanar os conflitos familiares geradores de violência.

Assim, o discurso da impossibilidade funcionava como um escudo para evitar o envolvimento em casos de violência. Apenas os casos extremos se manifestavam, geralmente aqueles que envolviam agressões físicas ou denúncias formalizadas, reforçando as crenças profissionais quanto ao manejo dessas situações e favorecendo que outros casos mais sutis permanecessem obscurecidos. Essa prática tendia a ressaltar a dificuldade de se alcançar mudança em casos de violência familiar e a favorecer o processo de judicialização (Rifiotis, 2008) dos casos de violência, ou seja, a participação e envolvimento maiores do setor judiciário em detrimento do setor saúde.

Esses dados apontam para a necessidade de sensibilização dos profissionais da saúde, com espaço para reflexão e discussão sobre os significados da violência, para que possam reconhecer que se trata,

como se mostrou ao longo deste trabalho, de um fenômeno impreciso, mutante, subjetivo. Essa constatação se ampara na concepção de que significados de determinado fenômeno ou questão, são construídos nos intercâmbios sociais, nas interações com o outro e consigo mesmo e expressos em narrativas que não são estáticas, pelo contrário, estão sempre abertas à reconstrução (Grandesso, 2000).

Precisa-se investir nesse reconhecimento para que os profissionais sejam capazes de dialogar com os usuários e mostrar que há possibilidades de enfrentamento, que trabalhar com situações de violência envolve incerteza. É necessário que tentem encontrar com o auxílio dos envolvidos, alguma resposta que, embora não definitiva, permita o diálogo sobre a questão e possibilite retirá-los do isolamento.

A conscientização dos profissionais da relevância do tema violência para a saúde, e do conhecimento de seus múltiplos significados, constitui o primeiro passo para a efetivação das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da violência contra idosos. Essa clareza proporciona capacidade de incrementar medidas de rastreamento de casos por meio de instrumentos específicos, como do olhar e da escuta atentos do profissional em relação ao usuário, nos diversos serviços e atividades oferecidos à população. Outra possibilidade é organizar a rotina que possibilite a pronta verificação de indícios de violência e trabalho em equipe interdisciplinar. Esse encaminhamento prevê a participação e o envolvimento de cada profissional e é fundamental para responder às demandas da população local, utilizando os recursos da comunidade e assim, atuar intersetorialmente.

Dialogar sobre situações de violência não beneficia apenas o idoso e o agressor, mas também o profissional que sabe da existência dessas situações e se sente incapacitado de atuar e essa insatisfação repercute na sua saúde e bem-estar. Além disso, perceber os sinais de violência e não oferecer ajuda se configura como uma reatualização do idoso, proporcionada pelas condições de atendimento no sistema de saúde.

Nesse viés, dispor-se ao diálogo sobre as diversas formas de violência familiar é uma proposta que não tem como intuito, apenas ampliar o leque de violências ou de casos conhecidos, mas desnaturalizar violências encobertas por crenças construídas sobre expectativas de desempenho de papéis familiares e da privacidade familiar, que impedem o movimento de enfrentamento e mantêm suas

vítimas sem ação.

O respeito à privacidade familiar é outro aspecto que merece considerações, uma vez que a violência gerada na família torna-se pública por meio das redes de contatos, mas há restrições em se falar sobre o assunto. A violência familiar, portanto, não se restringe ao âmbito privado, pois têm como espectadores vizinhos, amigos, serviços comunitários, inclusive no cenário da saúde. No entanto, a questão principal é quem escuta, quem acolhe as pistas que a violência deixa, quem se dispõe a romper o umbral de tolerância social (Fuster, 2002) quando se trata de situações que envolvem maus-tratos.

Contudo, quando se refere à violência familiar contra o idoso é comum que os espectadores identifiquem não somente as vítimas, mas os agressores e culpabilizem a família e seu funcionamento. Essa linearidade na leitura prestigia a perda do foco da complexidade da questão, uma vez que, como os dados desta pesquisa mostraram, assim como a violência se manifesta nas relações familiares, a sua saída também se viabiliza pelo acionamento da rede familiar, que se configura como principal fonte de recurso para a mudança de atitude das vítimas em relação à violência (Moré e Cantera, 2010). Nessa perspectiva, os profissionais precisam acreditar na resiliência familiar e ajudar a família a resgatar seus recursos e potencialidades para agir de forma protetiva em relação a seus membros.

Apesar das contribuições desta pesquisa, entende-se que ela não contempla todos os aspectos necessários para a análise da violência familiar contra idosos, na perspectiva do idoso, da família ou da atenção primária à saúde. Para tanto, novas pesquisas se fazem necessárias para uma maior aproximação e compreensão dos desafios que envolvem lidar com o envelhecimento humano e suas repercussões psicossociais, dos fatores relacionados à saúde emocional e relacional das famílias e das dinâmicas familiares que geram violências contra os idosos, bem como estratégias para enfrentar as situações de violência no contexto da atenção primária e da integralidade das ações em saúde.

Entre as questões que excedem os limites desta pesquisa e como sugestão para pessoas interessadas nessa questão, cita-se a possibilidade de dar voz aos familiares agressores de idosos e a sua concepção de violência; a dinâmica familiar relativa à violência envolvendo idosos dependentes; avaliação longitudinal de famílias com história de violência, entre outros.

Finalizando, enquanto depoimento, considera-se importante compartilhar que se acreditou a princípio que seria difícil acessar o universo dos idosos vítimas de violência, achando que eles não revelariam com facilidade, suas experiências por envolverem maus-tratos e que talvez, tivesse que se adotar outras estratégias a fim de pesquisar o tema. Mas, o encontro com cada um dos participantes não confirmou essa suposição, pois todos eles concordaram prontamente em participar e demonstraram o desejo de contar e partilhar suas histórias, mesmo quando envolviam muita dor e sofrimento. Não se verificou nenhuma desistência ou resistência ao longo das entrevistas. Nelas, inicialmente falavam da violência sofrida pelo outro e depois aceitavam que também estavam envoltos em relações abusivas.

Com base nessas constatações, deduz-se que enquanto sujeitos, vivendo em um momento histórico e social assolado por novas e velhas formas de violência, as pessoas criam barreiras de defesa e de proteção. Acredita-se assim, que ela está longe, está fora, está no outro, mas o fato é que enquanto seres imersos na linguagem, negociam-se e partilham-se constantemente, opiniões sobre o que é certo, aceitável, tolerável e, o que não se admite nesses consensos, considera-se abuso ou violência.

Este trabalho finaliza portanto, com a compreensão de que as perguntas sobre os significados de violência e a forma como direcionam o enfrentamento do problema terão que ser constantemente revistas a fim de sensibilizar pessoas a acolher os que sofrem com as mais diversas formas de violências.

REFERÊNCIAS

Abbey, L. (2009). Elder abuse and neglect: When home is not safe. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25(1), 47-60.

Acierno, R, Hernandez, M.A., Amstadter, A.B., Resnick, H.S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D.G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual and financial abuse and potencial neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292-7.

Agudelo, S.F. (1990). La violencia: um problema de salud pública que se agrava en la región. Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud. 11(2),1-7. Retirado em 24/01/2008, de http://www.paho.org/spanish/sha/BE_v11n2.pdf

Alberdi, I. (2005). Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra mujeres. Em Programa de Prevención de la Obra Social “la Caixa”. *Violencia: tolerancia cero* (pp.9-87). Barcelona: Fundación “la Caixa”.

Andrade, C.J.M., & Fonseca, R.M.G.S. (2008). Considerações sobre a violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42 (3), 591-5.

Andrade, G.R.B., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.

Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.

Antoni, C., Barone, L.R., & Koller, S.H. (2006). Violência e pobreza: Um estudo sobre vulnerabilidade e resiliência familiar. Em D. Dell’Aglío; S. H. Koller; M. A.Yunes, *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 141-172). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Antoniazzi, A.S., Dell’Aglia, D.D., & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.

Aranha, V.C. (2007). Aspectos psicológicos do envelhecimento. Em M. Papaléu Netto, *Tratado de gerontologia* (2a. ed., pp. 255-266). São Paulo: Atheneu.

Araújo, L.F., & Lobo Filho, J.G. (2009). Análise psicossocial da violência contra os idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(1), 153-160.

Ayres, J.R.C.M., França Júnior, I., Calazans, G.J., & Salletti Filho, H.C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. Em R.M. Barbosa & R.G.Parker, *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder* (pp.49-72). Rio de Janeiro – São Paulo: IMS/UERJ – Editora 34.

Azambuja, M., & Nogueira, C. (2009). Potencialidades investigativas para a violência de gênero: utilização da análise de discurso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1721-1730.

Azevedo, M.A. (1985). *Mulheres espancadas – a violência denunciada*. São Paulo: Cortez.

Baltes, M.M., & Silverberger, G.S. (1995). A dinâmica dependência autonomia no curso de vida. Em A.L. Néri (org.), *Psicologia do envelhecimento*. Campinas, SP: Papirus.

Band-Winterstein, T., & Eisikovits, Z. (2009). “Aging out” of violence: The multiple faces of intimate violence over the life span. *Quality of Health Research*, 19(2), 164-180.

Barcellos, W.E. (2006). *Violência intrafamiliar: ressonâncias na prática profissional do psicólogo*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Beland, F., Zunzunegui, M.V., Alvarado, B., Otero, A., & Del Ser, T. (2005). Trajectories of cognitive decline and social relations. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B(6), 320-P330.

Beresford, B.A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 171-209.

Bezerra, A.F.B., Espírito Santo, A.C.G., & Batista Filho, M. (2005). Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 809-815.

Biasoli-Alves, Z.M. (1998). A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. Em G. Romanelli & Z.M. Biasoli-Alves, *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (pp. 135-157). Ribeirão Preto: Legis Summa.

Bleger, J. (1989). *Temas de psicologia. Entrevista e grupos* (4.^a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Bock, A.M., Furtado, O., Teixeira, M.L.T. (2005). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia* (13.^a ed.). São Paulo: Saraiva.

Boing, E., Crepaldi, M.A., Moré, C.L.O.O. (2008). Pesquisa com famílias: aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 18(40), 251-266.

Bonfim, E.G., Lopes, M.J.M., & Peretto, M. (2010). Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 97-104.

Braz, M., & Cardoso, M.H.C.A. (2000). Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(1), 91-97.

Camarano, A.A. (2001). Envelhecimento da população brasileira: problema para quem? *Bahia Análise & Dados*, 10(4), 36-48.

Camarano, A.A., & Ghaouri, S.K. (2003). *Famílias com idosos: ninhos vazios?* Brasília. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Retirado em 20/02/2008 de <http://www.ipea.gov.br>

Cantera, L.M. (2007). *Casais e violência: Um enfoque além do gênero*. Porto Alegre: Dom Quixote.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar. Em B. Carter & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª. ed., pp. 7-39). Porto Alegre: Artes Médicas.

Carvalho, D. (2006). Modelos culturais, apoio familiar e o idoso no Japão. *Psicologia, Educação e Cultura*, 10 (2), 311-328.

Casique, L.C., & Furegato, A.R.F. (2006). Violência contra mulheres: Reflexões teóricas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(6). Retirado em 23/11/2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-116920060006&lng=pt&nrm=iso

Cavalcanti, L.F., Gomes, R., & Minayo, M.C.S. (2006). Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1), 31-39.

Cervený, C.M.O. (1994). *A família como modelo. Desconstruindo a patologia*. Campinas: Editorial Psy.

Cervený, C.M.O., & Berthoud, C.M.E. (1997). *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cervený, C.M.O., & Berthoud, C.M.E. (2009). Ciclo vital da família brasileira. Em L.C. Osório & M.E.P. Valle (Orgs.), *Manual de terapia familiar* (pp. 25-37). Porto Alegre: Artmed.

Chaves, P.G.S., & Costa, P.L. (2003). A violência afetiva e a violência doméstica contra os idosos. Retirado em 03/05/2008, de http://www.mj.gov.br/Senasp/senasp/artigo/violen_idoso.html>

Coelho, V.L.D., Falcão, D.V.S, Campos, A.P.M., & Vieira, M.F.T. (2006). Atendimento psicológico grupal a familiares de idosos com demência. Em D.V.S. Falcão & M.C.S.B. Dias (Orgs), *Maturidade e velhice*, v. 1: pesquisa e intervenções psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Collins, K.A. (2006). Elder maltreatment: a review. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 130, 1290- 1296.

Comerlato, E.M.B., Guimarães, I., & Alves, E.D. (2007). Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 736-747. Retirado em 15/06/2010, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9n3/v9n3a13.htm>

Cooper, C., Blanchard, M., Selwood, A., Walker, Z., & Livingston, G. (2010). Family carers' distress and abusive behavior: Longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 196(6), 480-5.

Cooper, C., Selwood, A., & Livingstone, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Aging*, 37, 151-160.

Costa, L.F., Penso, M.A., & Almeida, T.M.C. (2008). O grupo multifamiliar: Uma intervenção no abuso sexual e adolescente. Em L.F. Costa & H.G.D. Lima, *Abuso sexual: A justiça interrompe a violência*. Brasília: Liber Livro Editora.

Couto, M.C.P., Novo, R.F., & Koller, S.H. (2009). Relações entre rede de apoio social, bem-estar psicológico e resiliência na velhice. Em D.V.S Falcão & L.F. Araújo, (Orgs.), *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (pp.45-66). Campinas, SP: Alínea.

Dabas, E.N. (2001). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Davidoff, L. (2001). *Introdução à psicologia*. São Paulo: Makron Books. 3ª. ed.

Debert, G.G. (2004). *A reinvenção da velhice* (1ª ed. 1ª reimpr.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.

Dong, X., Beck, T., & Simon, M.A. (2010). The association of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling chinese population: The modifying effect of social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 202-8.

Erbolato, R.M.P.L. (2002). Relações sociais na velhice. Em E.V. Freitas, L.Py; A.L. Néri; F.A.X. Cançado; M.L. Gorzoni, & S.M. Rocha, *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Espíndola, C.R., & Blay, S. (2007). Prevalência de maus-tratos na terceira idade: Revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 301-306.

Falcão, D.V.S., Dias, C.M.S.B., Bucher-Maluschke, J.S.N.F., & Salomão, N.M.R. (2006). As relações familiares entre as gerações: possibilidades e desafios. Em D.V.S. Falcão & C.M.S.B. Dias (Org.), *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*. Vol.1. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Faleiros, V.P., & Brito, D.O. Representações da violência intrafamiliar por idosos e idosas (2009). Em V.P. Faleiros; A.M.L Loureiro; & M.A. Penso (Orgs.), *O conluio do silêncio. A violência intrafamiliar contra a pessoa idosa* (pp. 1-20). São Paulo: Roca.

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitário de Navarra*, 30 (supl. 3), 7-22.

Flanders, W.B. (2006). Perspectives on elder abuse and neglect in Brazil. *Educational Gerontology*, 32, 63-72.

Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Florêncio, M.V.L., Ferreira Filha, M.O., & Sá, L.D. (2007). A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 847-857. Retirado em 30/06/2009, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1984). If it changes it must be a process. A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Fonseca, M. M., & Gonçalves, H. S. (2003). Violência contra os idosos: suportes legais para a intervenção. *Interação em Psicologia*, 7(2), 121-128.

Fonseca, R.P., Trentini, C.M., Valli, F., & Silva, R.A.N. (2008). Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4), 1275-1284.

Fuster, E. G. (2002). *Las víctimas invisibles de la violencia familiar. El extraño iceberg de la violencia doméstica*. Buenos Aires: Paidós.

Gaioli, C.C.L.O., & Rodrigues, R.A.P. (2008). Occurrence of domestic elder abuse. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 465-70. Retirado em 30/06/2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300021

Gergen, K.J. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K.J. (2009). *An invitation to social construction* (2ª. ed.). London: Sage.

Gergen, M.M., & Gergen, K.J. (2006). Investigação qualitativa: tensões e transformações. Em N.K. Denzin; Y.S. Lincoln, *O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens* (2ª. ed., pp 367-388). Porto Alegre: Artmed.

Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.

Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Glaser, K., Agree, E.M., Costenbader, E., Camargo, A., Trench, B., Natividad, J., & Chuang, Y. (2006). Fertility decline, family structure and support for older persons in Latin America and Asia. *Journal of aging and health*, 18(2), 259-291.

Goldstein, L., & Sommerhalder, C. (2002). Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. Em E.V. Freitas, L. Py, A.L.Neri, F.A.X. Cançado, M.L. Gorzoni, & S.M. Rocha (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 950-956). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Golub, S., & Langer, E. (2007). Challenging assumptions about adult development: implications for the health of older adults. Em C.M. Aldwin; C. Park & A. Spiro III (Eds.), *Handbook of health psychology and aging* (pp.9-29). Nova Yorque: Guilford Press.

Gomes, N.R., Diniz, N.M., Araújo, A.J.S., & Coelho, T.M.I. (2007). Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paulista de Enfermagem*, 4(20), 504-508.

González, T.B.D., Andrade, A.M.E., & Veia, H.B. (2001). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 418-422.

González, M.G.R., & Zinder, N.S. (2009). Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Revista Chilena de Salud Pública*, 13(2), 90-99.

Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Groisman, D. (2002). A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, 9(1), 61-78.

Guedea, M.T.D., Albuquerque, F.J.B., Tróccoli, B.T., Noriega, J.A.V., Seabra, M.A.B., & Guedea, R.L.D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.

Haguette, T.M.F. (1987). *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes.

Halphen, J.M., Varas, G.M., & Sadowsky, J.M. (2009). Recognizing and reporting elder abuse and neglect. *Geriatrics*, 64(7), 13-8.

Hanada, H., D'Oliveira, A.F.P.L., & Schraiber, L.B. (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, 18(1), 288. Retirado em 30/07/2010, de http://www.fazendogenero8.ufsc.br/.../Hanada-Oliveira-Schraiber_33.pdf

Iecovich, E., Barasch, M., Mirsky, J., Kaufman, R., Avgar, A., & Kol-Fogelson, A. (2004). Social support networks and loneliness among elderly Jews in Russia and Ukraine. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 306-317.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2007). *IBGE divulga indicadores sociais dos últimos dez anos*. Retirado em 30/06/2008, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=987

Jong, L.C., Sadala, M.L.A., & Tanaka, A.C.A. (2008). Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42(4), 744-51.

Killick, C., & Taylor, B.J. (2009). Professional decision making on elder abuse: systematic narrative review. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 211-238.

Krueger, P., & Patterson, C. (1997). Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. *Canadian Medical Association*, 157, 1095-1100.

Krug, E.G.; Dahlberg, L.L.; Mercy, J.A.; Zwi, A.B.; & Lozano, R., Eds. (2002). *World report on violence and health*. Genebra: World Health Organization.

Lacman, S., Ghirardi, M.I.G., Castro, E.D., & Tuarek, T.A. (2009). Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 682-688.

Lazarus, R.S., Folkman, S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

Lee, M., & Kolomer, S. (2005). Caregiver burden, dementia and elder abuse in South Korea. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(1), 61-74.

Lei n.º 8842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 132 (3), 77-79, Seção 1, pt.1.

Lettiere, A., Nakano, A.M.S., & Rodrigues, D.T. (2008). Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42 (3), 467-73.

Leung, K.K., Chen, C.Y., Lue, B.H., & Hsu, S.T. (2007). Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(2), 203-213.

Linares, J.L. (2003). L'ê vieillissement. *Cahier Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 31(2), 11-31.

Lopes, R.G.C., & Calderoni, S.Z. (2007). O idoso na família: expansão de possibilidades ou retração? Em M. Papaléu Netto, *Tratado de gerontologia* (2ª ed.). São Paulo: Atheneu.

Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 253-277.

Machado, L., Gomes, R., & Xavier, E. (2001). Report on Elder abuse in Brazil. World Health Organization. International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA). Retirado em 20/03/2008, de [http://www.int/ageing/projects/elder abuse/alc ea bra.pdf](http://www.int/ageing/projects/elder%20abuse/alc%20ea%20bra.pdf)

Machado, L., Wagner, E.A.M., & Drucker, C. (2002). Abordagens psicoterapêuticas para o idoso. Em E.V. Freitas, L. Py, A.L. Neri, F.A.X. Cançado, M.L. Gorzoni, & S.M. Rocha (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 990-998). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Marchi, V. (2005) *A busca na integralidade nas ações dos profissionais de saúde mental: um desafio cotidiano*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Marziale, M.H.P. (2004). A violência no setor saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (2), 147-8. Retirado em 06/10/2008, de <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>

- Mattos, E.T.B. (2009). Família com idosos. Em L.C. Osório, & M.E.P. Valle (Orgs.), *Manual de terapia familiar* (pp. 312-322). Porto Alegre: Artmed.
- McNamee, S., & Gergen, K.J. (1998). *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mears, J. (2003). Survival is not enough: violence against older women in Australia. *Violence Against Women*, 9(12), 1478-1489.
- Mercadante, E.F. (2005). Velhice: Uma questão complexa. Em B. Corte, E.F. Mercadante, & I. Arcuri (Orgs.), *Velhice, envelhecimento e complexidade* (pp. 23-34). São Paulo: Vetor.
- Minayo, M.C.S. (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M.C.S. (2003). Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 783-791.
- Minayo, M.C.S. (2006). *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Minayo, M.C.S. (2007). Violência contra a pessoa idosa: o direito pelo avesso. Em M. Papaléu Netto, *Tratado de gerontologia* (2ª. ed., pp 199-210). São Paulo: Atheneu.
- Minayo, M.C.S., Souza, E.R., & Paula, D.R. (2010). Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(8), 2719-28.
- Ministério da Justiça (2003). *Estatuto da Pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos.
- Ministério da Saúde (1999). Portaria GM 1395 de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2001). Portaria MS/GM n.º 737/ 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2002). *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço* / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo organizador de todas as práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2005). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2006a). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2006b). Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2007). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n.º 19) Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.

Minuchin, S. (1982). *Família: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S., & Fishman, C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Montminy, L. (2005). Older women's experiences of psychological violence in their marital relationships. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(2). Retirado em 30/11/2009, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16368672>

Moraes, C.L., Apratto Jr, P.C., & Reichenheim, M. E. (2008). Rompendo o silêncio e suas barreiras: Um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2289-2300.

Moré, C.L.O.O. (2005). As redes sociais significativas como instrumentos de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Revista Paidéia*, 15(31), 267-297.

Moré, C.L.O.O.; & Cantera, L. (2010). La violencia contra la mujer y la práctica profesional: la perspectiva de la familia, redes de apoyo e interdisciplinarietà. Em Junta de Andalucía, *La intervención multidisciplinar*. I Congreso de Intervención para el Estudio de la Violencia Contra las Mujeres. Sevilla, España.

Moré, C.L.O.O.; & Crepaldi, M.A. (2004). *O campo de pesquisa: Interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados* (pp. 588-593). Trabalho completo em anais da I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa/NPF – Núcleo de Pesquisa da Família. Taubaté, São Paulo.

Moré, C.L.O.O., & Macedo, R.M.S. (2006). *A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Morgan, C. (1977). *Introdução à psicologia*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil.

Morin, E. (2007). *Introdução ao pensamento complexo* (3ª. ed.). Porto Alegre: Sulina.

Motta, L.B., & Aguiar, A.C. (2008). Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4), 1143-1151.

Motta, L.B., Caldas, C.P., & Assis, M. (2008). A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4), 1143-1151.

Mounton, C.P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9(12), 1465-1477.

Narvaz, M.G., & Koller, S.H. (2006). Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. *Psico*, 31(1), 7-13.

Neri, A.L. (1995). Psicologia do envelhecimento: Uma área emergente. Em A.L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento* (pp 13-40). Campinas, SP: Papirus.

Neri, A.L. (2001). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.

Neri, A.L. & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. Em A.L. Néri (Org.), *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Alínea.

Nussbaum, J.F., Pitts, M.J., Huber, F.N., Krieger, J.R.L., & Ohs, J.E. (2005). Ageism and ageist language across the life span: Intimate relationships and non-intimate interactions. *Journal of Social Issues*, 61(2), 287-305.

Oliveira, C.C., & Fonseca, R.M.G.S. (2007), Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41 (4), 605-12.

Osório, L.C. (2001). *A violência nossa de cada dia: da ação contemplativa à indignação transformadora*. Florianópolis: Grupos/Espaço Editora.

Papaléu Netto, M. (2007). Processo de envelhecimento e longevidade. Em M. Papaléu Netto, *Tratado de gerontologia* (2a. ed., pp. 3-14). São Paulo: Atheneu.

Parente, E.O., Nascimento, R.O., & Vieira, L.J.E.S. (2009). Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após denúncia. *Revista Estudos Feministas*, 17(2), 445-465.

Pasinato, M.T., Camarano, A.A., & Machado, L. (2006). Idosos vítimas de maus tratos domésticos: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, Rio de Janeiro. Retirado em 20/01/2008, de http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1200.pdf

Patterson, M., & Malley-Morrison, K. (2006). A cognitive ecological approach to elder abuse in 5 cultures: human rights and education. *Educational Gerontology*, 32, 73-82.

Payne, B. (2008). Training adult protective services workers about domestic violence: training needs and strategies. *Violence Against Women*, 14(10), 1199-1213.

Penso, M.A., & Morais, I.A. (2009). O ciclo da violência em famílias com idosos. Em V.P. Faleiros, A.M.L Loureiro, & M.A. Penso (Orgs.), *O conluio do silêncio. A violência intrafamiliar contra a pessoa idosa* (pp.47-62). São Paulo: Roca.

Perez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk Factors of Elder Abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 17-21.

Perrone, R., & Nannini, M. (1997) *Violência y abusos sexuales em La família: um abordagem sistêmico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.

Prado, S.D. & Sayd, J.D. (2006). A gerontologia como campo do conhecimento científico: Conceito, interesse e projeto político. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(2), 491-501.

Presidência da República (2005). *Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa* / Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos.

Ravazzola, M.C. (2005). *Histórias infames: los malostratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Rey, F.G. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Riffiotis, T. (2006). Nos campos da violência : diferença e positividade. LEVIS: Laboratório de Estudos da Violência. Universidade Federal de Santa Catarina. Retirado em 15/08/2008, de <http://www.cfh.ufsc.br/~levis/visrj.htm>

Riffiotis, T. (2008). Judicialização das relações sociais e estratégias de reconhecimento: repensando a ‘violência conjugal’ e a ‘violência intrafamiliar’. *Revista Katalisis Florianópolis*, 11(2), 225-236.

Rosa, T.E.C., Benício, M.H.D., Alves, M.C.G.P., & Lebrão, M.L. (2007). Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2982-2992.

Sánchez, J.A.W. (2001). *Violência intrafamiliar: causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales*. Col. San Rafael, México: Plaza y Valdes.

Sánchez, A.I.M., & Bertolozzi, M.R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 319-324.

Santos, A.C.P., Silva, C.A., Carvalho, L.S., & Menezes, M.R. (2007). A construção da violência contra idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(1), 129-140.

Santos, A.C.W. (2009). *Mulheres, violência, rede de serviços de referência e suporte psicossocial*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Setterlund, D., Cheryl, T., Wilson, A.M., & Rosenman, L. (2007). Understanding financial elder abuse in families: the potencial of routine activities theory. *Aging & Society*, 27, 599-614.

Silva, J.L., Alves, L.F., & Coelho, M.R.M. (1997). A família em fase última. Em C.M.O. Cerveney, & C.M.E. Berthoud, *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa* (pp.121-132). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, L.L., Coelho, E.B.S., & Caponi, S.N.C. (2007). Violência silenciosa: Violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface* (Botucatu), 11(21), 93-103.

Silva, M.J., Oliveira, T.M., Joventino, E.S., & Moraes, G.L.A. (2008). A violência na vida cotidiana do idoso: Um olhar de quem a vivencia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1): 124-136. Retirado em 30/07/2010, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a11.pdf>

Silva, M.A., Falbo Neto, G.H., & Cabral Filho, M.T. (2009). Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 121-127.

Silveira, T.M., Caldas, C.P., & Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.

Silveira, P.G., & Wagner, A. (2006). Ninho cheio: a permanência do jovem em sua família de origem. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 441-453.

Silverstein, M. Cong, Z. & Li, S. (2006). Intergenerational transfers and living arrangements of older people in rural china: consequences for psychological well-being. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B(5), S256-S266.

Sluzki, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sluzki, C.E. (2002). De como la rede afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. Em E. Dabas, & D. Najnamovich (Orgs), *Redes - El lenguaje de los vínculos. Hacia La reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil* (pp. 114-123). Buenos Aires: Paidós.

Soliz, J., & Harwood, J. (2003). Perceptions of communication in a family relationship and the reduction of intergroup prejudice. *Journal of Applied Communication Research*, 31(4), 320-345.

Souza, E.R., Ribeiro, A., Peixoto, A.S., Souza, A.C., & Marques, C. (2008). Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4), 1153-1163.

Straka, S., & Montminy, L. (2006). Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. *Violence Against Women*, 12(3), 251-267.

Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2ª. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Strom, R., Carter, T., & Schmidt, K. (2004). African-americans in senior settings: on the need for educating grandparents. *Educational Gerontology*, 30(4), 287-303.

Takeda, S. (2004). A organização de serviços de atenção primária à saúde. Em B. Duncan, E.R.J. Giugliani, & M.I. Schmidt, *Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseada em evidência*. (pp.76-87, 3.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Tavares, M. (2004). A prática da atenção primária à saúde. Em B. Duncan, E.R.J. Giugliani, & M.I. Schmidt, *Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseada em evidências* (pp. 101-106, 3.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Teixeira, S. M., & Rodrigues, V.S. (2009). Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(2). Retirado em 12/05/10, de http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_7.pdf

Tomassini, C., Kalogirou, S., Grundy, E., Fokkema, T., Martikainen, P., van Groenou, M.B., & Karisto, A. (2004). Contact between elderly parents and their children in four European countries: current patterns and future prospects. *European Journal of Aging*, 1(1), 54-63.

Torres, S.V.S., Sé, E.V.G., & Queiroz, N.C. (2004). Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. Em M.J.D. Diogo, A.L Néri, & M. Cachioni, *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas, SP: Alínea.

Valadares, F.C., & Souza, E.R. (2010). Violência contra a pessoa idosa: Análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(6), 2763-74.

Vasconcellos, M.J.E. (2002). *Pensamento sistêmico. O novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papirus.

Vecchia, R.D., Ruiz, T., Bocchi, S.C., & Corrente, J.E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252. Retirado em 20/12/2007, de <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>

Vianna, L.G., Vianna, C., & Bezerra, A.J.C. (2010). Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Revista brasileira de educação médica*, 34(1), 150-159.

Villela, W.V., & Lago, T. (2007). Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 471-475.

Vinton, L. (1991). Abused older women: Battered women or abused elders? *Journal of Women & Aging*, 3(3), 5-19.

Walsh, F. (1995). A família no estágio tardio da vida. Em B. Carter & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Wang, J.J. (2006). Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(3), 307-318.

Wang, J.J., Lin, M.F., Tseng, H.F., & Chang, W.Y. (2009). Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach. *International Psychogeriatric*, 21(2), 314-320.

Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010) Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 58(3), 493-500.

Yaffe, M.J., Wolfson, C., & Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 646-54.

Zhang, Y.B. (2004). Initiating factors of chinese intergenerational conflict: young adults' written accounts. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 19(4), 299-319.

Zink, T., Regan, S., Jacobson Jr, J., & Pabst, S. (2003). Cohort, period, and aging effects. *Violence Against Women*, 9(12), 1429-1441.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

Dados de identificação do profissional:

Idade: _____

Sexo: a. () masculino b. () feminino

Estado Civil : a. () viúvo b.() casado c.() união consensual

d.() separado/ divorciado

e.() solteiro f. () outros

Religião:

a. () católica

c. () evangélica

e. () Espírita

(Umbanda) g. () Outra

b.() espírita Kardecista d.() Judaica

f. () Sem religião

Profissão : _____Tempo que exerce a profissão: _____

Tempo de trabalho na US: _____

Trabalho com Idosos

1. Como se deu a sua vinda para trabalhar nesta US? (Se pode escolher ou não/ por que escolheu)

2. Como é trabalhar com usuários idosos?

3. Quais diferenças percebe no trabalho com esta faixa etária das demais? Pode me dar um exemplo em que essa diferença fique clara?

4. Já fez alguma formação/ qualificação para trabalho com idosos?

5. Quais problemáticas (Psicossociais) são mais frequentes ao se trabalhar com idosos?

6. Alguns desses problemas estão relacionados ao idoso e sua família?

Violência Interpessoal

Vivemos uma época em que o tema violência está em evidência, como a violência doméstica, a violência urbana, social, etc.(ou algo similar pra introduzir o tema violência)

7. O que você entende por violência?
8. Quando podemos dizer que houve ou há violência em uma relação entre duas pessoas ou numa relação familiar? Pode me dar um exemplo?

Violência familiar contra idosos

Com base nas questões apontadas acima, sobre o idoso e sua família:

9. O que pensa sobre a violência familiar contra o idoso?
10. Quando podemos dizer que houve ou há violência familiar contra o idoso? Pode me dar um exemplo?
11. Quais os elementos/fatores precisam estar presentes na família para levar à violência contra o idoso?
12. Existe algum indicador do risco de violência seja no idoso ou no familiar que desperta maior atenção quanto ao risco de violência? (fatores de risco/indícios de vulnerabilidade)
13. Quais as consequências da violência intrafamiliar para os idosos?

Experiência profissional em relação à violência familiar contra idosos

14. Como a violência familiar contra os idosos afeta a sua prática profissional? Por quê?
15. Qual a sua experiência em relação a essa questão? Já acompanhou algum caso na US?
16. A que você atribui a (pouca) procura desses casos na US? (e se procuram na US por que?)
17. Já suspeitou de algum caso? O que o fez/faria suspeitar?
18. O que fez/faria a partir de uma suspeita?
19. Como esse tema é tratado no ambiente de trabalho? Há discussão entre os profissionais?

20. Como os fatores de risco costumam ser detectados no processo de atendimento ao usuário idoso na US? (se existe tempo e atenção para se abordar essas questões durante o atendimento realizado)

21. Como é para você lidar com casos de violência familiar? Você se sente preparado para lidar com esses casos?

22. Já recebeu algum treinamento ou capacitação? Quais foram as ênfases dadas no treinamento ou capacitação?

23. Qual é o fluxo a ser seguido a partir de um caso de suspeita ou detecção de violência contra o idoso?

24. Já teve acesso/ conhecimento sobre as políticas públicas e o que preconizam para estes casos? Pode me dar um exemplo?

25. O que pensa sobre as políticas públicas sobre violência intrafamiliar? Ajudam na prática profissional?

Finalização

26. Poderia deixar uma mensagem para os profissionais, idosos e famílias que enfrentam situações de violência no seu cotidiano?

27. Como foi pra você responder a essas perguntas?

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM IDOSOS****Dados de Identificação:**

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Sexo: a. ☐ masculino b. ☐ feminino

Escolaridade

- a. ☐ Ensino Fundamental Completo
- b. ☐ Ensino Fundamental Incompleto
- c. ☐ Ensino Médio Completo
- d. ☐ Ensino Médio Incompleto
- e. ☐ Formação Técnica
- f. ☐ Ensino Superior Completo
- g. ☐ Ensino Superior Incompleto
- h. ☐ Pós-graduado

Estado Civil:

- ☐ viúvo
- ☐ casado
- ☐ união consensual
- ☐ separado/ divorciado
- ☐ solteiro
- ☐ outros

Religião:

- a. ☐ católica
- b. ☐ espírita Kardecista
- c. ☐ evangélica
- d. ☐ Judaica
- e. ☐ Espírita
- f. ☐ Sem religião
- g. ☐ protestante
- h. ☐ outra

Tipo de moradia:

- a. ☐ moradia própria
- b. ☐ moradia alugada
- c. ☐ moradia cedida

d. () mora com parentes

Há quanto tempo reside na cidade:

- a. () durante toda a vida c. () entre 20 e 30 anos e. () entre 9 e 5 anos
b. () há mais de 30 anos d. () entre 19 e 10 anos f. () menos de 5 anos

Trabalha atualmente? a. () Sim b. () Não

Profissão: _____

- a. () Profissional Liberal
b. () Autônomo
c. () Assalariado
d. () Aposentado
e. () Pensionista
f. () outro

Renda familiar

- a. () até 4 salários
b. () 5 a 9 salários
c. () 10 a 20 salários
d. () 21 a 30 salários
e. () 31 a 40 salários
f. () outro

Que outras pessoas moram em sua casa?

- a.()cônjuge c.()tios(as) e.() genro/nora g.()neto(a) i.()
irmão(ã) k.() mãe
b.()filho(a) d.()sobrinho(a) f.()enteado(a) h.()Amigo(a)
j.() pai l.()outro

Estado de saúde (presença de doenças/ tratamentos que realiza)

Ocorreu algo que você considere importante nos últimos anos? O que? Quando? (Morte, mudança, casamento, nascimento, divórcio, separação)

Relação do idoso com a Unidade de Saúde (US):

1. Há quanto tempo é usuário desta US?
2. De quais atividades participa na US?
3. Quando vem até a US, qual o caminho que percorre desde a entrada até o local de sua atividade? Com quem mais costuma estabelecer contato?
4. Como percebe o funcionamento desta US?
5. Suas necessidades são atendidas?

Relação do idoso com a família:

6. Qual o papel do idoso na família?
7. Quais são as principais necessidades das pessoas idosas?
8. De que forma envelhecer traz implicações para o relacionamento familiar? Pode me dar um exemplo em que isto fique claro?
9. Quais problemas os idosos de hoje costumam enfrentar nos relacionamentos familiares? Pode me dar um exemplo em que isto fique claro?

Violência Interpessoal

Vivemos uma época em que o tema violência está em evidência, como a violência doméstica, a violência urbana, social, etc. (ou algo similar pra introduzir o tema violência)

10. O que você entende por violência? (conceito)
11. Quando podemos dizer que houve ou há violência em uma relação familiar? Pode me dar um exemplo?

Violência familiar contra idosos

Com base nas questões apontadas acima, sobre o idoso e sua família:

12. O que pensa sobre a violência familiar contra o idoso?
13. Quando podemos dizer que houve ou há violência familiar contra o idoso? Pode me dar um exemplo?
14. Quais situações de vida, no seu entender, seriam facilitadoras da violência familiar contra os idosos? (fatores de risco/indícios de vulnerabilidade)
15. Existe alguma característica no idoso ou na família que seriam facilitadores da violência contra o idoso? (fatores de risco/indícios de vulnerabilidade)
16. Quais as consequências da violência familiar para os idosos?
17. O Sr. já vivenciou ou vivencia problemas ou alguma situação na sua família que tenha sentido como uma forma de violência?

Há duas possibilidades para a sequência da entrevista, dependendo se a última questão (19) for respondida afirmativa ou negativamente.

EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA

Experiência em relação à violência familiar contra o idoso

18. Supondo que isto começasse a acontecer na sua vida familiar. O que faria para que a situação não se perpetuasse?
19. A quem pediria ajuda numa situação de violência familiar?
20. Recorreria a US numa situação dessas? A quem procuraria na US? Por quê?
21. Qual característica sua considera que o protege ou o faz evitar situações de violência familiar?
22. Qual característica considera haver na sua família que os protegem de situações de violência?
23. Já viu ou ouviu relato de alguma pessoa idosa sobre ter vivido uma situação de violência familiar? Como foi?
24. Conhece alguma lei ou políticas públicas que defendam os idosos quando vítimas de violência familiar?

25. Já ouviu alguma propaganda ou forma de orientação sobre esse tema? Onde? Qual?

Finalização

26. Poderia deixar uma mensagem para os profissionais, idosos e famílias que enfrentam situações de violência no seu cotidiano?

27. Como foi pra você responder a essas perguntas?

EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA

Sobre a violência familiar

20. Poderia descrever brevemente o que ocorreu?

21. Foi a primeira vez ou aconteceram outras vezes?

22. A que atribui o fato de ter acontecido este problema entre o Sr. e sua família?

23. Já aconteceram situações semelhantes com outras pessoas da família?

Consequências

24. Que sentimentos, emoções ou comportamentos passou a experimentar depois do ocorrido?

- Houve alguma alteração na sua rotina de vida por causa desse problema? Algo que tenha deixado de fazer ou de frequentar?

- Qual a principal dificuldade que teve de enfrentar após o ocorrido?

Enfrentamento e Rede Social Significativa

- Como os problemas costumam ser enfrentados em sua família?
- Como o problema relatado pelo Sr. foi enfrentado na sua família?

- Quem ficou sabendo? O que fez?

- Quem lhe ofereceu apoio para lidar com essa situação?

- A quem pediu ajuda para lidar com essa situação?

- Quem mais participou (direta ou indiretamente) dessa situação?

Pessoas da comunidade, amigos?

- De que forma cada uma dessas pessoas lhe ajudou?
- Em relação a sua família, quem lhe apoiou?
- Da sua família, quem mais sabe do ocorrido?
- Comentou com alguém da US sobre essa situação? Achou que o profissional o ajudou? Ou por que não chegou a comentar.
- Qual foi o encaminhamento que esse profissional deu ao seu caso?

Alguém se afastou depois que soube desse problema? Quem?
Sabe ou supõe o motivo?

- Alguém lhe oferece/ ofereceu companhia e apoio emocional pra enfrentar esse problema? Quem?

Alguém lhe aconselha, ou lhe dá informações sobre o que fazer acerca desse problema?

- Alguém funciona como um mediador das relações familiares conflituosas? (da família ou de fora dela)

Alguém lhe ajuda/ ajudou financeiramente ou indicando serviços (de saúde, jurídicos, etc)?

- Alguém lhe ajuda/ ajudou favorecendo novos contatos, amizades, rede social?

Conhece alguma lei ou políticas públicas que defendam os idosos quando vítimas de violência familiar?

- Já ouviu alguma propaganda ou forma de orientação sobre esse tema? Onde? Qual?

Finalização

- Poderia deixar uma mensagem para os profissionais, idosos e famílias que enfrentam situações de violência no seu cotidiano?
- Como foi participar desta entrevista? Como se sente agora?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Eu, Ana Claudia Wanderbroocke, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o (a), a participar do processo de coleta de dados de minha Tese de Doutorado, sob orientação da Prof.^a Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré. Esta pesquisa que se intitula **“A violência familiar na perspectiva de idosos e profissionais no contexto da atenção primária à saúde”** tem por objetivo compreender os significados construídos acerca da violência familiar. A relevância dessa pesquisa está em contribuir enquanto reflexão sobre os valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e que levam à construção de significados em torno da violência familiar e formas de aproximação do problema.

A sua participação acontecerá por meio do consentimento em entrevistá-lo(a), através de um roteiro de perguntas relacionadas ao tema da pesquisa, procedimento que não oferece a você nenhum tipo de risco. A entrevista poderá acontecer em mais de uma encontro, caso considere necessário. O seu nome ou quaisquer dados que possam identificá-lo, não serão utilizados. A sua participação é absolutamente voluntária e não remunerada e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. A sua recusa em participar da pesquisa, não implicará em qualquer penalidade ou prejuízo. Você também poderá desistir da participação da mesma a qualquer momento. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição após a defesa da Tese, em data a ser agendada.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo telefone (41) 9953-2166.

Ana Claudia Wanderbroocke
Pesquisadora principal –
Doutoranda

Prof.^a Dra. Carmen L. O.O. Moré
Pesquisadora responsável -
Orientadora

Eu, abaixo assinado declaro através deste documento, o meu consentimento em participar da pesquisa intitulada **“A violência familiar na perspectiva de idosos e profissionais no contexto da atenção primária à saúde”**, a ser realizada nesta Unidade de Saúde.

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, bem como de meus direitos ao anonimato e a desistir da mesma a qualquer momento.

Curitiba, ____/____/____.

.....RG:.....

Assinatura do(a) participante da pesquisa

APÊNDICE D

SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES IDOSOS

Ametista

“Não, você tem que gostar um pouco de você também, não nasci só pra limpar, lavar, passar. Ainda fazia mais alguns serviços pra ganhar dinheiro e ainda assim era maltratada. Disse não. Quero viver um pouco, ver meus netos crescerem, quero ser feliz porque eu nunca fui. Tenho esse direito.”

Ametista tem 66 anos e vive sozinha em seu apartamento desde que se separou do marido há 4 anos. É uma senhora que transmite força e determinação. Teve dois filhos, uma mulher e um homem. Ambos tiveram problemas de saúde quando pequenos, ela de coração e ele de audição. Ametista cuidou também de sua mãe, que desenvolveu a doença de Alzheimer e ficou sob seus cuidados longos anos. Apesar das demandas familiares, sempre trabalhou fora para ajudar a manter a casa.

Durante os anos de casamento sofreu violência psicológica e física por parte do marido. Ametista relata como a situação no início sutil, foi gradativamente se intensificando e se tornando mais frequente. Aguentou anos sem comentar ou pedir ajuda para ninguém, por medo e vergonha, mas também por entender que precisava criar os filhos e cuidar da mãe doente, o que considerava ser mais difícil se fosse separada.

Após o falecimento da mãe e com os filhos já adultos, foi convencendo-se que podia mudar sua vida. Assim, foi aos poucos buscando informação e preparando-se psicologicamente para pedir ajuda, romper o silêncio e separar-se.

Apesar de alguns problemas de saúde como diabetes, asma e hipertensão arterial, é uma pessoa independente. Considera que emocionalmente ainda está se recuperando dos anos de relacionamento

violento com o marido, mas vive um novo momento de sua vida, ampliou o círculo de amizades, participa de atividades físicas e sociais e mantém-se envolvida com os familiares.

Foi indicada para participar da pesquisa por uma das agentes comunitárias de saúde, que ficou conhecendo sua história de vida durante as visitas que realiza. Ametista concordou prontamente em participar e durante a entrevista relatou sua experiência acerca da violência familiar abertamente e de forma articulada, indicando seus próprios questionamentos e reflexões sobre o vivenciado.

Topázio

“Não sei, tem muita gente que talvez no passado foi ruim para todo mundo e agora está recebendo o troco. Está colhendo o que plantou, consequência da vida. Se a gente planta vento só colhe tempestade, é o que eu acho.”

É um senhor de 68 anos, que se separou da primeira esposa, com quem teve dois filhos homens, há quase 10 anos e desde essa época vive com uma nova companheira. Aposentado, leva uma vida tranquila e parece satisfeito com sua condição. Gosta de visitar antigos amigos, filhos e netos, além de cozinhar para si e para a atual companheira, que trabalha fora.

Aparenta disposição e saúde, apesar de ainda estar se restabelecendo de uma queda na qual fraturou o tornozelo e fez uma ferida de difícil cicatrização. Por este motivo frequenta a US para os curativos. É hipertenso, mas não participa dos programas oferecidos na US por preferir a convivência com gente mais jovem, como ele se sente.

A separação da primeira esposa foi um período turbulento, durante o qual Topázio refere ter havido muitas brigas. Representou um recomeço do ponto de vista financeiro, pois deixou os bens para a antiga família e hoje vive somente de sua aposentadoria.

Foi indicado para participar da pesquisa pela agente comunitária de sua região que considerava haver abuso financeiro por parte da ex-esposa, já que Topázio costumava comentar a mudança sofrida no seu padrão de vida. Apesar de confirmar a separação e as mudanças significativas que se seguiram, em nenhum momento considerou ter

havido violência na relação, tratando do assunto como algo distante de sua realidade.

No final da entrevista Topázio trouxe à tona uma situação vivenciada envolvendo um familiar próximo, que caracterizou como tendo sido violência financeira, que não foi denunciada ou mesmo comentada por ele com os demais familiares.

Esmeralda

“Só querem mandar na gente, querem mandar na gente... A gente parece que não se manda mais. É o que eu digo para ele: ‘enquanto nós estamos dentro da nossa casa, meu marido, nós mandamos. É o teu salário bem ou mal e nós não devemos nada, graças a Deus.’ Agora, se você estiver na casa de quem for, não é a tua. Aí você tem que esperar pra fazer xixi, esperar pra te levarem no banheiro, entendeu? Ele viu... é a realidade das coisas, né?!”

Possui 86 anos e mora na casa em que foi criada, com seus pais e irmãos. Relata as lembranças do passado, do tempo que vivia com saúde e rodeada pelos parentes e vizinhos, situação que gradativamente foi mudando, a vizinhança amiga mudando-se e dando lugar a casas comerciais. Dedicou-se à família, cuidou da mãe até a sua morte e como era a mais nova entre os irmãos, viu todos falecerem.

Casada há 59 anos, trata o marido com admiração, respeito e carinho, apesar deste apresentar claros sinais de fragilidade física e cognitiva. Não tiveram filhos e hoje Esmeralda e o marido contam com o apoio de uma das sobrinhas, que mora na casa ao lado. Esmeralda é uma senhora lúcida e cativante pela sua perspicácia. Porém, vem apresentando períodos de piora na sua condição orgânica, com descompensação do diabetes e desmaios ocasionais. Já há algum tempo caminha com muita dificuldade, necessitando de andador, devido à atrofia muscular, decorrente de longos períodos em que se mantém acamada.

Apesar das inúmeras dificuldades que o processo de envelhecimento vem lhes impondo, Esmeralda luta por manter sua autonomia. Entende que enquanto for capaz de se auto-governar poderá permanecer em casa, com o marido, a quem deseja cuidar até o fim, como fez com a sua mãe.

Esmeralda foi citada por um dos profissionais participantes da pesquisa, que identificou a sua situação como sendo de abandono familiar. A US recebeu denúncia de um vizinho de Esmeralda que há dias não percebia movimentação na casa e quando a agente comunitária tentou visitá-los, o casal recusou-se a atendê-la. Nas abordagens seguintes, feitas por outros membros da equipe, conseguiram entrar e verificaram que a casa encontrava-se bastante suja, eles se alimentavam pouco e estavam com a saúde debilitada, já que não podiam sair sozinhos.

Ao relatar o ocorrido, Esmeralda fala de seu medo de receber os profissionais, de que eles a levassem, ou seu marido, para um hospital ou asilo. Portanto, vinha recusando atendimento da US, como também evitando que a família interviesse em seu modo de vida por medo de perder sua autonomia, o que considera uma agressão.

Pérola

“Então, eu não tenho paz, não tenho sossego, não vejo uma luz no fim do túnel pra mim...”

Pérola é uma mulher de 78 anos, nascida no interior do estado, com uma infância dura do ponto de vista financeiro e afetivo. Mudou-se para a capital quando casou, trazendo sua mãe para viver com ela. Levou a vida trabalhando e cuidando de seu filho único e da mãe, enviuvou ainda jovem, a mãe faleceu há 5 anos e continua trabalhando, já que a aposentadoria não é suficiente para cobrir seus gastos.

É uma mulher ao mesmo tempo forte, por sua compleição física e frágil, pela ansiedade que revela ao falar de sua condição de vida, queixosa, apontando inúmeros problemas de saúde e descrente de que possa haver solução para seus problemas.

O filho, hoje com 52 anos, é separado da primeira esposa, com quem teve um filho e vive há 9 anos com a segunda companheira. Tornou-se dependente químico ainda jovem e como consequência, ele e a atual companheira, também com histórico de dependência química, tiveram várias complicações de saúde. Atualmente ambos vivem com Pérola, por não terem condições de se manterem financeiramente.

A relação entre eles é conflitiva, alternando períodos tranquilos, de boa convivência, com períodos de agressões verbais que, segundo

ela, parecem surgir do nada, ou quando ela não faz algo que ele pede. Pérola comenta que as agressões verbais vêm se tornando cada vez mais frequentes e intensas, a ponto de levá-la a pedir ajuda em órgãos públicos. Por esse motivo, a denúncia foi encaminhada à US e uma das participantes da pesquisa realizou visita domiciliar para verificar as condições da família de Pérola e a indicou para a pesquisa.

Pérola foi em busca de ajuda acreditando que um terceiro pudesse interceder na sua relação com o filho e fazer com que estas crises não ocorressem mais. Apesar da intensidade das discussões e das agressões verbais, não considera que haja violência familiar. Entende violência como a presença de agressão física.

Ágata

“O meu coração é meu, pode chorar, o meu rosto é de todos, tem que sorrir.”

É uma senhora de 63 anos, separada, tem cinco filhos, sendo dois adotivos. Morou no interior do estado onde foi professora e mudou-se para a capital há cerca de 10 anos. A ida para o interior foi consequência do emprego do marido, por isso não concluiu a faculdade.

Hoje mora com o filho mais moço, de 27 anos, que é estudante. Participa ativamente das atividades relacionadas a sua crença religiosa, pratica exercício físico e canta, além de acompanhar a mãe que é dependente de cuidados por ser portadora da doença de Alzheimer.

Quanto a sua saúde, Ágata menciona ser hipertensa, já teve AVC e possui uma doença no sangue que já a levou a necessitar de internação em caráter de urgência duas vezes. Mas diz que as doenças do corpo não representam nada para ela, que luta mesmo é para não se deprimir.

No prazo de 5 anos, perdeu uma filha, separou-se do marido e descobriu que o filho era usuário de drogas. Fatos que a abalaram profundamente e que Ágata vem enfrentando principalmente por meio de sua religiosidade.

Seu nome foi indicado para ser uma das participantes da pesquisa por uma profissional que a atende e que sabe que seu filho é dependente químico e perceber que em algumas ocasiões Ágata mostra-se mais depressiva e retraída, portanto considera que sejam indícios da presença de violência.

Durante a realização da entrevista, Ágata revela violências vividas no passado, um estupro logo que se mudou para a capital e agressões físicas por parte do marido, que apesar de terem ocorrido em duas ocasiões apenas, a marcaram profundamente. Apesar das marcas deixadas pela violência nunca se apagarem, acredita que o amor e o perdão são os únicos remédios para seguir em frente. Somente as pessoas que estavam na cena das agressões sabem pelo que ela passou.

Opala

“Eu diria que a gente não pode se acomodar, que a gente tem que continuar lutando pelos nossos direitos, buscando ajuda, embora encontre portas fechadas a gente tem que insistir para que elas se abram, a gente não pode desistir nunca.”

Opala trabalhou na área de educação infantil e aposentou-se há cerca de 15 anos. Hoje está com 62 anos, boa saúde geral, faz tratamento devido à hipertensão, diabetes e problemas de tireóide. Frequenta a US também para atividade física e já participou de outros grupos ali oferecidos, mas os problemas com os filhos a impedem ocasionalmente de dar continuidade aos compromissos.

É mãe de três filhos homens com 30, 28 e 26 anos, sendo os três dependentes químicos, usuários de álcool e crack, principalmente. Como consequência, tornam-se agressivos e Opala já sofreu violência física inúmeras vezes, por não conseguir contê-los. É separada do marido, que também é dependente químico.

Desde a adolescência dos filhos, vem tentando vários tratamentos, até hoje sem solução. A medida mais recente foi deixá-los para trás e tentar cuidar da própria vida, comprando outra casa para ela morar, longe dos filhos. Como ela disse, “o problema veio atrás” e hoje um deles mora com ela, já que atualmente está sem fazer uso de substâncias e iniciou em um novo emprego, mas outro filho está internado para tratamento e o outro preso.

Tem dedicado sua vida a buscar uma solução para o problema dos filhos. Estuda, participa de palestras da área de saúde, busca ajuda de órgãos públicos e privados. Apesar de ainda não ter alcançado o seu objetivo, não desiste da luta. Por esse motivo, não esconde as razões de seu sofrimento e revela sua história sem rodeios.

Foi indicada por um profissional, que acompanha seu caso a partir de um pedido do MP para a US.

Alexandrita

“A gente não pode se entregar, saber que o idoso não pode se entregar. Se ficar caidão, pronto! Tem mais é que levantar a cabeça e ficar firme, porque se deixar tomar conta, pronto!”

Alexandrita tem 67 anos, cursou o ensino fundamental e nunca trabalhou fora de casa. É mãe de quatro filhos, uma filha mora em outra cidade, uma filha e um filho são casados e o mais novo é solteiro. Tinha sua casa própria, mas desde o falecimento do marido, preferiu viver com o filho solteiro, alegando que precisava de auxílio devido a problemas de saúde. Sua vida é dedicada à família, demonstrando muito prazer ao falar dos netos e do primeiro bisneto que está para nascer.

Faz acompanhamento para pressão alta e labirintite e considera sua saúde razoável, apesar disso, diz sempre estar cuidando da limpeza da casa, pois não gosta de ficar parada.

Foi indicada para participar da pesquisa por uma das profissionais que a atendeu na US, no momento em que Alexandrita foi pedir ajuda para tratar do alcoolismo do filho. A profissional considerou que ela vivia uma situação de risco, por ter se mostrado desesperada na US, tendo um filho adulto, dependente da mãe e alcoolista.

Alexandrita revela que o marido também era alcoolista, mas passou a sofrer violências física e verbal do filho e da companheira dele. Foram praticamente 5 anos, entre as primeiras agressões e o pedido de ajuda. Hoje, o filho está sem beber e separou-se da companheira que a agredia, recuperação que Alexandrita atribui aos encaminhamentos dados pela US. Apesar de extremamente agradecida aos profissionais que a acolheram, ninguém ficou sabendo que havia violência familiar.

Apesar de sua simplicidade, aprendeu que precisa exercer sua autonomia e que só isso poderá impedir que volte a vivenciar situações de violência.

Turmalina

“Mas eu faço isso espontaneamente, faço porque eu quero e não porque elas me obriguem.”

Turmalina está com 73 anos, é muito ativa e determinada, sem problemas graves de saúde, faz acompanhamento na US por ser hipertensa. Mora com a filha única de 40 anos que é separada, com a neta de 16 e com a bisneta de um ano.

Considera-se o alicerce da família, pois a filha e neta dependem dela tanto financeiramente como emocionalmente. A filha tem depressão, faz tratamento para obesidade e a sua condição de saúde preocupa muito Turmalina. Ao falar dos problemas de sua família se emociona, pois sente que agora é sua missão encaminhar a filha e a neta. Perdeu o marido recentemente, uma união que já completaria 45 anos. Sente muito a sua falta pois podia dividir essas preocupações com ele, agora está sozinha no comando da família.

Além desse problema familiar, sente que em consequência do seu processo de luto pelo falecimento do marido, há cerca de 2 anos, deixou de procurar as amigas e sua vida acabou se restringindo ao convívio familiar, com pouca atividade social, fato que já vem procurando reverter.

Turmalina foi indicada para ser participante da pesquisa por uma agente comunitária que a acompanha pelo programa de hipertensos e considera que a filha de Turmalina a explora financeiramente, como também ao deixar a sua própria filha aos cuidados da mãe, que assim se priva de sua liberdade. Esta visão não é confirmada por Turmalina.

Safira

“Desde que todos os que vieram aqui, melhorou, melhorou, porque ele está sendo vigiado, não diretamente, claro, indiretamente, por que sabe que eu posso ligar pra vocês, eu posso pedir ajuda.”

Descendente de europeus passou parte da infância e da juventude fora do Brasil. Pouco tempo depois de regressar com a família, casou-se e teve três filhos homens, mas o casamento logo terminou. Não chegou a completar os estudos e após a separar-se, há cerca de 40 anos, tentou várias atividades que lhe ajudassem financeiramente, como vendedora, massagista e cabeleira. Enquanto o ex-marido era vivo, contribuía com

um salário para as despesas do mês e atualmente Safira recebe um salário como benefício social por ser idosa.

Hoje está com 77 anos, é hipertensa e está praticamente cega, em consequência do diabetes, por isso sai pouco de casa, já que depende que um dos filhos a acompanhe. Por esse motivo, nem sempre comparece às consultas médicas. Mas dentro de casa, consegue fazer a limpeza, preparar as refeições e gosta de fazer tricô.

Dos seus filhos, somente o mais novo casou, Safira ainda não tem netos. Os dois mais velhos tornaram-se dependentes químicos, o primeiro alcoolista e o segundo, usuário de álcool e drogas. O mais velho faleceu a três anos, no mesmo ano que seu ex-marido.

Foi a partir destes dois falecimentos que Safira começou a perceber a situação fora de controle, tanto financeiramente como na relação com seu filho do meio, com quem mora. Este filho, passou a consumir mais drogas e a se tornar cada vez mais agressivo, provocando discussões nas quais Safira se sentia violentada psicologicamente. O filho mais novo considerava a melhor solução a venda de sua casa e que ela passasse a morar em outro lugar, não mais com o filho dependente químico. Havia pressão para que a herança deixada por seu ex-marido, a casa onde mora, fosse dividida. Solução que Safira também considerava uma violência, pois não queria sair de sua casa, como também não queria abandonar seu filho. Consequentemente sentia que não poderia contar tudo o que acontecia em casa para os familiares, isolando-se cada vez mais.

Tentou contornar o quanto pode, mas a situação chegou a tal ponto, que Safira não aguentou mais e pediu ajuda aos vizinhos e ao filho mais moço, que a levou a uma delegacia de polícia para prestar queixa. A partir daí Safira considera que gradativamente a situação vem melhorando, apesar de ainda não ter se resolvido. Demonstra grande confiança nos profissionais da US e sente que poder contar com eles é uma forma de proteção.

Desta forma, Safira foi indicada para participar da pesquisa, pois da delegacia a encaminharam para o MP, que por sua vez acionou a US para acompanhá-la.

APÊNDICE E**EXEMPLO DE ENTREVISTA COM IDOSO COM A
UTILIZAÇÃO DO MAPA DE REDE**

Nome: Alexandrita

Idade: 67 anos

Sexo: a. ☐ masculino b. ☒ feminino

Escolaridade

a. ☐ Ensino Fundamental Completo

b. ☒ Ensino Fundamental Incompleto

c. ☐ Ensino Médio Completo

d. ☐ Ensino Médio Incompleto

e. ☐ Formação Técnica

f. ☐ Ensino Superior Completo

g. ☐ Ensino Superior Incompleto

h. ☐ Pós-graduado

Estado Civil:

• ☒ viúvo

• ☐ casado

• ☐ união consensual

• ☐ separado/ divorciado

• ☐ solteiro

• ☐ outros

Religião:

a. ☒ católica

c. ☐ evangélica

e. ☐ Espírita

(Umbanda)

g. ☐ protestante

b. ☐ espírita Kardecista

d. ☐ Judaica

f. ☐ Sem religião

h. ☐ outra

Tipo de moradia:

a. ☐ moradia própria

b. ☐ moradia alugada

c. ☐ moradia cedida

d. ☒ mora com parentes

Trabalha atualmente? a. ☐ Sim b. ☒ Não

Profissão: do lar

- a. () Profissional Liberal
- b. () Autônomo
- c. () Assalariado
- d. () Aposentado
- e. (X) Pensionista
- f. () outro

Renda familiar

- a. () até 4 salários
- b. (X) 5 a 9 salários
- c. () 10 a 20 salários
- d. () 21 a 30 salários
- e. () 31 a 40 salários
- f. () outro

Que outras pessoas moram em sua casa?

- a.()cônjuge c.()tios(as) e.() genro/nora g.()neto(a) i.()
- irmão(ã) k.()mãe
- b.(X)filho(a) d.()sobrinho(a) f.()enteado(a) h.()Amigo(a)
- j.() pai l.()outro

Estado de saúde (presença de doenças/ tratamentos que realiza)

Pressão alta, labirintite.

Pesq.: Dona A., me conte, que idade a senhora tem?

A: Eu estou com 67 anos.

Pesq.: A senhora estudou até que série?

A: Eu estudei até a terceira.

Pesq.: Qual seu estado civil? A senhora é casada?

A: Eu sou casada, mas viúva agora.

Pesq.: Faz quanto tempo?

A: Já faz 25 anos.

Pesq.: Sua religião?

A: Católica.

Pesq.: A senhora mora numa casa própria, alugada...?

A: Eu moro com meu filho aqui no apartamento, é casa própria, apartamento próprio.

Pesq.: É do filho?

A: É do filho.

Pesq.: E a senhora toda vida morou com ele?

A: Não, não. Foi quando eu fiquei viúva mesmo. Eu tinha a minha casa mesmo, mas quando eu fiquei sozinha, então pra eu não ficar muito sozinha...

Pesq.: Faz quanto anos que a senhora está morando com ele?

A: Está fazendo uns... Nossa! Está fazendo uns 15 anos. Eu fiquei um pouco sozinha, mas depois fiquei doente então não tinha como eu ficar mesmo assim sozinha.

Pesq.: A senhora é daqui mesmo?

A: Não, eu sou lá do norte do Paraná, sou de Faxinal.

Pesq.: Mas já mora aqui há muito tempo?

A: Faz muito tempo, faz uns 30 anos que eu moro aqui.

Pesq.: E a senhora trabalhava, trabalhou fora de casa ou não?

A: Eu nunca trabalhei fora de casa, só em casa mesmo.

Pesq.: Nunca pensou em trabalhar?

A: Não, e também não precisava e o marido não deixava. Então depois eu fiquei com a pensão dele que ele deixou então não precisa. E agora meu filho também me ajuda bastante. Então não tenho precisão de trabalhar... e agora na minha idade também já passou... (risos) Agora já nem precisa mais.

Pesq.: A senhora pode me dar assim uma estimativa da renda familiar hoje, quantos salários mínimos a família conta hoje?

A: Da família inteira?

Pesq.: É.

A: Bom... são dois casais, duas mulheres e dois homens. Acho que vai pra uns...

Pesq.: A família eu digo que mora com a senhora.

A: Ah sim... aí sou somente eu e ele. Só nós dois.

Pesq.: A senhora tem a pensão e ele tem um salário?

A: É... eu tenho um salário e meio e o dele vai pra uns 1.700, por aí.

Pesq.: Ele trabalha?

A: Trabalha.

Pesq.: Então na casa mora só a senhora e ele?

A: Só eu e ele.

Pesq.: E a senhora tem mais duas filhas?

A: Mais duas filhas, uma está nos [fala país]. Então está só uma aqui agora e o outro que mora na chácara.

Pesq.: Então ao todo são quatro filhos?

A: Quatro filhos, dois casais.

Pesq.: E tem netos?

A: Tenho. Agora vai nascer minha bisneta.

Pesq.: Bisneta já?

A: Bisneta!

Pesq.: Olha que beleza!

A: Eu tenho 5 netos. 5 netos e agora vem a minha bisneta.

Pesq.: E o seu estado de saúde, Dona A.?

A: Ah, eu não tenho muito saúde boa não. Sempre to aqui fazendo tratamento.

Pesq.: Aqui na US a senhora faz tratamento de que?

A: De pressão alta, labirintite e agora vou ao médico de coração que eu estou achando que estou...

Pesq.: Vai começar o tratamento com cardiologista, isso?

A: É. Com cardiologista.

Pesq.: Mas de um modo geral a senhora considera que a sua saúde é boa, mais ou menos?

A: Mais ou menos, não é muito boa. Mais ou menos mesmo.

Pesq.: Esses problemas te impedem no dia-a-dia de fazer as coisas?

A: Não impede, não é que não impede, mesmo que esteja ruim eu estou trabalhando do mesmo jeito em casa.

Pesq.: Mesmo ruim trabalha?

A: Mesmo ruim eu trabalho.

Pesq.: O que a senhora faz em casa?

T.: Ah, faço limpeza, porque to direto no apartamento, então faço isso aí. Nem crochê eu faço, só limpeza.

Pesq.: E faz quanto tempo que a senhora frequenta aqui a US?

A: Está fazendo uns 3 anos.

Pesq.: E a senhora participa de mais alguma atividade aqui além das consultas médicas? Exercícios em grupo, ginástica?

A: Não, nada, nada... (risos) Eu vou lá pra chácara e faço lá na chácara.

Pesq.: Sua ginástica é lá... A senhora passa muito tempo lá?

A.: Passo.

Pesq.: Fica dividida então.

A: É. Quando você me ligou eu tava lá.

Pesq.: A senhora fica meio dividida assim... Um pouco lá e um pouco cá?

A: Isso mesmo. Quando me canso de ficar aqui eu vou pra lá.

Pesq.: Ah, que beleza!

A: Lá é muito bom, tem piscina, tem muitas coisas de lazer. É muito bonita a casa, tem dois andares, muito grandona, então... É bem fresquinho, árvore tudo em volta assim.

Pesq.: É seu outro filho que mora lá?

A: É, outro filho.

Pesq.: E ele mora mesmo?

A: Mora mesmo, mora lá.

Pesq.: Então numa casa a senhora trabalha e na outra a senhora descansa?

A: É, isso que eu faço... (risos)

Pesq.: Eu queria fazer outra pergunta pra senhora. A senhora já freqüenta aqui a US faz uns três anos...

A: três anos.

Pesq.: Quando a senhora vem aqui, a senhora costuma ir direto lá ao médico ou a senhora tem feito amizades, tem conhecidos aqui dentro da US?

T.: Eu quase não tenho amizade aqui não. Eu só mesmo venho, pego a... E fico esperando assim, conversando com alguma pessoa estranha que converse... Mas não que eu tenha amizade com as outras pessoas.

Pesq.: Com os funcionários, enfermeiros?

A: A única coisa que eu tenho mais é com a M., porque ela que tratou do meu filho.

Pesq.: Foi a M. que me falou da senhora.

A: Aquela do [cita característica física da profissional]

Pesq.: É aquela [cita característica física da profissional].

A: Então, é com a M. que eu tenho mais contato.

Pesq.: Ela que cuidou do seu filho?

A: É. Meu filho era alcoólatra, esse que eu moro com ele. E não é só isso. Tem o negócio do pulmão dele que depois que foi o outro que tratou, mas ela... Depois que ele estava assim deu aquela doença nele, esqueci o nome da doença... Aquela de emagrecer.

Pesq.: Anorexia?

A: Acho que é essa mesmo.

Pesq.: Ou tuberculose, nos pulmões é tuberculose.

A: Acho que é isso mesmo. E foi ela que acompanhou tudo.

Pesq.: Então a senhora acabou ficando mais próxima dela?

A: É, mais próxima com ela.

Pesq.: É só ela ou tem mais alguém?

A: Tem mais, só que eu não me lembro o nome dela. Eu sei que o nome eu não sei, mas eu sei quem é.

Pesq.: E a senhora sabe o que ela é, se é enfermeira ou auxiliar?

A: É enfermeira. Não, acho que não, ela trabalha assim nas mesinhas, mas eu acho que enfermeira ela não é.

Pesq.: E como a senhora acha que é o funcionamento aqui da US?

TA: Ah, eu acho maravilhoso, muito bom mesmo. Ainda mais nós velhos que estamos sempre nessa US aqui... Poxa vida! Muito bom mesmo. Cuidam bem da gente...

Pesq.: Cuidam bem?

T.: Cuidam bem... Nossa! Como cuidam!

Pesq.: E a senhora acha que todas as suas necessidades são atendidas?

A: Todas, não tem uma que não... Até esse meu filho também. E a minha, que se eu estou doente estou correndo aqui. É aqui que eu venho, não vou pra outro lugar.

Pesq.: Então tudo que a senhora precisa eles acabam atendendo a senhora?

T.: Atendem, e se não tem aqui eles mandam pra outro lugar. É muito bom aqui, meu Deus!

Pesq.: Agora eu queria perguntar um pouquinho sobre família.

A: Pode perguntar.

Pesq.: Como que a senhora vê assim o papel do idoso na família hoje em dia?

A: O papel do idoso na família? Ah, sei lá... Acho que... Conforme a família. Tem família que, como se diz assim, que a família atende o idoso ou do idoso que fica meio pra trás?

Pesq.: É, em sua opinião assim... Qual o papel do idoso na família?

A: Eu acho que não tão o idoso muito idoso, pode ser que atrapalha um pouquinho, mas não sendo que nem eu assim... Eu ajudo! Meu Deus do céu, como ajudo! Até agora eu dou quinhão pros meus filhos, eu ajudo... Porque quando é muito idoso mesmo, muito velhinho

é difícil, eu acho que ao invés de ajudar, atrapalha um pouco. Mas o atrapalho que eu digo, os filhos não podem abandonar, tem que segurar a barra aí, mas na minha idade assim eu ajudo ainda. Ajudo mesmo, eu dou opinião... Eu acho que, pra mim, eu ainda sou a estrutura do lar.

Pesq.: A senhora é a estrutura da família?

A: Sou, sou sim. Eles têm que perguntar pra mim ainda muita coisa.

Pesq.: A senhora sente que eles pedem a sua opinião?

A: Pedem.

Pesq.: A senhora fala de estrutura em que sentido?

A: Até pra ir mexer nos bancos, eu que vou mexer pra eles, eles não podem, então... Eu ajudo.

Pesq.: E em sua opinião, no seu ponto de vista, quais as maiores necessidades das pessoas idosas? Assim, o que o idoso mais precisa?

A: Precisa assim de fazer um tratamento?

Pesq.: Na vida... O que é importante pro idoso?

A: Ah, tem muita coisa que é importante pra eles, mas eu não lembro assim...

Pesq.: E pra senhora o que é importante hoje? Do que a senhora precisa pra viver bem?

A: Pra viver bem... Eu acho que atenção. Atenção pra gente assim... Igual aqui, pra fazer um tratamento. Vem faz um tratamento, sai bem. E dos filhos que a gente precisa também de atenção pra gente, porque é muito ruim quando um filho não liga ou a gente mesmo quando está precisando e eles não estão nem aí. Então eu penso assim... Agora, em minha opinião, eu não tenho esse problema assim, como que se diz... De precisão, de falta de atenção porque eles dão atenção.

Pesq.: Mas a senhora acha que essa é a maior necessidade de um modo geral?

A: Eu acho. O carinho também, precisa do carinho de um filho, de um parente, de uma irmã, tudo eu acho. Agora sobre fazer assim um tratamento, o que precisa, e todos os idosos precisam, porque são muito frágeis e ficam inválidos, que Deus me livre!

Pesq.: Uma boa atenção e uma boa saúde?

A: Com certeza...

Pesq.: E a senhora acha assim, Dona A., que na medida em que a pessoa vai envelhecendo, vai passando o tempo, isso traz alguma implicação pra vida da família, pra vida familiar, do convívio familiar?

A: Ai meu Deus... Eu acho que sim.

Pesq.: E que tipo?

A: Ah, eu acho que a gente vê tantos assim... Eu nem sei responder essa palavra... Como posso dizer?

Pesq.: Assim, a senhora notou assim que na medida em que a senhora foi envelhecendo, foi passando o tempo, isso mudou o relacionamento entre vocês?

A: Eu acho que pra mim não.

Pesq.: O que a senhora precisava ou fazia antes é o mesmo que a senhora faz hoje?

A: O mesmo que eu fazia. As mesmas coisas. Eles têm um carinho comigo, nossa! Tem sim. Sobre isso aí eu não tenho queixa, coisas familiares.

Pesq.: Isso na sua experiência. E o que a senhora observa por aí, na experiência dos outros? A senhora acha que a pessoa ficando mais velha isso muda alguma coisa?

A: Muda. Pra muitos muda sim.

Pesq.: Em que sentido?

A: Muda porque a pessoa, não é só os familiares não, pode ser qualquer pessoa de fora, é meio excluído, as pessoas não dão atenção, não ligam muito para as pessoas de idade. Eu observo isso aí. Muito! Como eu vejo! Muito assim... Como que se diz? Preconceito das pessoas de fora pelos idosos.

Pesq.: A senhora acha que da própria família deles ou não?

A: Não, das pessoas de fora mesmo. A gente vê assim, quando sai, meio mal tratados, as pessoas não respeitam nem nada. E vem das famílias também, porque tem gente que a gente nem conhece as famílias deles, dos idosos, mas a gente vê as pessoas de fora. Eu já vi muitos que a gente fica até com medo de chegar perto daquela pessoa ali pra gente não tomar nenhuma coisa... Eu já vi muitos.

Pesq.: A senhora lembra algum evento assim pra me contar que fique claro isso que a senhora está me contando?

A: Oh, eu vou dizer pra você. Uma vez, isso eu era bem mais nova ainda, e eu estava no ônibus e eu estava com a minha netinha no colo e minha nora estava assim com o carrinho da criança também e veio uma mulher, era perto do Natal, véspera de Natal. Eu tinha comprado umas coisas e colocado do lado porque eu tava com uma dor no ombro. Aí veio uma mulher e disse “a senhora põe o menino no colo

pelo menos” e depois ela me xingou “a senhora ...”, como é que ela falou, meu Deus?! É uma palavra bem assim ...”sua ...”, assim, mas arrasou a gente, desse jeito. É que eu esqueci o nome, a palavra feia que ela falou ... e muitos que eu vejo por aí. Então fiquei arrasada aquele dia.

Pesq.: Então dá medo de chegar perto e de ficar perto dessas pessoas antes que acabe...

A: Isso... Antes que acabe fazendo outras coisas. Porque eu acho que a coisa mais triste que tem é fazer essas coisas para as pessoas de idade. Porque eles acabam até caindo em depressão. Fica desvalido ali. Eu fiquei meio caidona, mas depois falei “ah, que nada!”.

Pesq.: E a senhora está me falando desses problemas assim lá fora, na sociedade. E dentro de casa? O que a senhora acha que são os maiores problemas que as pessoas mais velhas enfrentam?

A: Olhe, eu não posso dizer assim de mim, porque eu não enfrento... Não, eu já enfrentei porque eu falei pra você que meu filho bebia. Bebia, me maltratava, então a gente fica meio...

Pesq.: Parou de beber?

A: Parou, parou.

Pesq.: Que coisa boa!

A: Mas eu fui odiada com isso, agora eu sou feliz, graças a Deus.

Pesq.: E a senhora acabou de falar de maus tratos. Um dos aspectos que eu quero abordar também, Dona A., é um pouco a respeito da violência, se a senhora concordar.

A: Com certeza.

Pesq.: Se tiver alguma pergunta que a senhora não queira responder, a senhora não se sinta obrigada, tá bom? Fique bem à vontade. Essa palavra, violência, é uma coisa que a gente ouve no dia-a-dia. A gente liga a TV, o rádio, o jornal, é violência disso, daquilo outro. Mas assim, o que a senhora compreende por essa palavra “violência” quando ouve falar por aí? O que isso significa pra senhora?

A: Violência é uma coisa ruim, uma coisa assustadora, já pensou? Eu acho que violência não deveria nem existir, mas como esse mundo está virado... O mundo não, as pessoas, o mundo está do mesmo jeitinho. Eu acho que, verdade, a gente liga o rádio, a televisão, a gente está vendo cada coisa muito triste.

Pesq.: E se a senhora tivesse que me explicar. Se eu fosse uma criança, um netinho da senhora e perguntasse pra senhora o que é

violência, como a senhora explicaria isso pra outra pessoa, o que é violência?

A: Ai meu Deus! Pode me perguntar que eu respondo aí alguma coisa, mas agora não me vem... A gente fica até...

Pesq.: Se um netinho seu perguntasse pra senhora “vó, o que é violência?” o que a senhoraalaria pra ele? Como explicaria isso?

A: Eu ia explicar que violência é a pessoa fazer maldade, matar, fazer as coisas erradas, as coisas ruins. Isso que eu ia explicar e mais alguma coisa que eu lembrasse eu ia explicar pra ele também.

Pesq.: Fazer maldade, fazer coisa ruim...

A: Maldade, coisa ruim...

Pesq.: E quando a gente pode dizer que uma pessoa fez maldade, fez uma coisa ruim pra outra pessoa?

A: Quando que pode dizer? Nossa... Tem um monte por aí...

Pesq.: Um exemplo assim... A senhora pode me dar um exemplo de que uma pessoa foi violenta com a outra?

A: Não, é que eu nunca vi assim, eu vi em reportagem. Em reportagem eu vi, mas não que eu pegue e veja assim uma maldade, de machucar ou bater assim. De uma pessoa bater na outra, só vi em reportagem. Semana passada você viu o que aconteceu? Um pai furou os olhos do menino filho dele... Pois é, então, isso não é um absurdo? Violência. Pois é... Então é isso aí... E a gente vê coisa bem pior que isso aí. Isso é pior, mas Deus me livre! O próprio pai fazer isso. Muito demais... Mas eu ver assim pessoalmente, nunca vi não.

Pesq.: E a senhora acha que violência é só nesse sentido de bater, de machucar?

A: Não, tem muito tipo de violência.

Pesq.: Que tipo seria?

A: Tem assim estupro que seja uma violência, ou... Muita coisa assim que a gente vê. Até assim maltratar uma pessoa é uma violência, porque isso aí é uma ignorância, já pensou? Fazer isso. Mais violência que eu acredito que seja é bater, estuprar, fazer essas coisas...

Pesq.: Coisas maiores.

A: Maiores.

Pesq.: E quando a senhora fala até maltratar, a senhora quer dizer o que?

A: Maltratar assim uma pessoa, maltratar uma pessoa. É isso que eu acho pra mim que também é uma violência. Porque às vezes não precisa fazer isso.

Pesq.: E o que a senhora pensa quando uma pessoa maltrata uma pessoa idosa?

A: Ah, eu acho muito ruim, muito ignorante essa pessoa, porque a pessoa de idade é muito frágil. Como que vai lutar com uma pessoa, se defender? Não consegue se defender. Então...

Pesq.: O idoso no seu ponto de vista é frágil em que sentido?

A: Em tudo. Em tudo eles são frágeis. Tanto faz na mente que é frágil porque eles viram uma criança, como frágil no físico. Às vezes nem entendem se vem uma pessoa assim e fala meio grosso com eles, meio bravos assim, então eles ficam frágeis, eles não sabem o que responder. E pra eles é ressentimento isso aí, eles sentem.

Pesq.: Então o que a senhora estava falando assim é que entende violência desde aquelas coisas mais graves...

A: Como essas coisas mesmo, maldade... Com certeza.

Pesq.: E em sua opinião, Dona A., porque ou o que leva a existência da violência dentro das famílias? O que leva uma pessoa a maltratar uma pessoa idosa, um filho ou uma nora a maltratar uma pessoa idosa?

A: É porque de certo eles não têm paciência com o idoso. Pode ser porque o idoso quer uma coisa e eles não querem dar, ou o idoso também muda o jeito deles agirem. Tem idoso que fica birrento (risos). Então eu acho pra mim que, tem tanta coisa que acontece... e eu acho assim que as pessoas, os familiares não tem paciência com isso porque de certo eles acham que... ai meu Deus! É tanta coisa que a gente pensa que a gente nem sabe o que responder essa palavra.

Pesq.: E eles acham que...

A: É... que eles estão estorvando. (risos) Eles acham que eles estão estorvando, que se não tivesse aquela pessoa idosa perto deles eles eram mais tranquilos, não tinham preocupação. Eu acho que é isso.

Pesq.: Os familiares acabam achando que o idoso está estorvando.

A: É, que está estorvando. E eu acho, em minha opinião que é isso aí. Quer dizer não no meu caso, mas a gente vê por aí. E eu espero que nunca aconteça comigo. Graças a Deus comigo agora está tudo bem, eu que mando no pedaço (risos). Eu que mando no pedaço, então eles...

Pesq.: Como que é... A senhora que manda no pedaço?

A: (risos) Por enquanto eu que to mandando no pedaço, então eles tem que...

Pesq.: Como que é isso?

A: Quer dizer que eu que domino lá.

Pesq.: A senhora acha que isso é importante?

A: Eu acho sim. A gente não pode se entregar, saber que o idoso não pode se entregar. Se ficar caidão, pronto! Tem mais é que levantar a cabeça e ficar firme, porque se deixar tomar conta, pronto!

Pesq.: A senhora acha que isso acaba levando muitas vezes o idoso a sofrer, de deixar...

A: Claro que sim! De abaixar a cabeça, tem mais é que levantar a cabeça e ir firme. Porque se ele ficar muito caído, se ele ficar sentado na beira da estrada, pronto! Tem mais é que... Nem que tenha 80 anos, mas meu Deus do céu! Tem que mais... Sempre procurar de não ficar assim, de se tratar do espírito e da mente, pra não ficar que nem uma criança, pra envelhecer com a mente bem firme. Porque depois não tem como eles, os parentes, as pessoas de fora querer fazer assim uma maldade, querer fazer assim qualquer coisa, um preconceito que dá. Tem que nem ligar, “to vivendo minha vida!” Não é mesmo? Eu acho pra mim que a minha vida é boa, só que a gente não pode se entregar.

Pesq.: É, isso que a senhora está falando é bem importante.

A: É sim, não pode se entregar de jeito nenhum.

Pesq.: Tem que garantir o seu espaço.

A: Garantir o espaço, como diz “cada um no seu quadrado!” (risos). É isso mesmo. O quadrado às vezes tem que ficar bem estreitinho...

Pesq.: E quais seriam as conseqüências, Dona A., de sofrer violência na velhice? A senhora imagina as conseqüências disso pra uma pessoa idosa?

A: Depois que fica pior ainda, mais um trauma na cabeça dele. Fica pior ainda porque depois que eles vão se entregar mais ainda. Depois que eles não querem viver mesmo, quer morrer e tudo, por achar que estão estorvando.

Pesq.: A senhora acha que chega nesse ponto?

A: Chega nesse ponto sim, com certeza. Fica dando aquela tristeza, cai em depressão. É isso aí que acontece. Eles não querem nada da vida mais, só querem morrer porque... Por isso que a gente tem que

ser forte. E não deixar ninguém querer... Eu acho, em minha opinião, não deixar ninguém maltratar a gente. Não que a gente tem que ser mal-educado nem nada, mas tem que dar uma resposta assim, pra saber que eles estão errando. Porque se a pessoa mais nova fala as coisas pra gente e a gente escuta, tem que conversar com eles. Dar uma resposta assim pra eles que não é assim que trata.

Pesq: E alguma vez, Dona A., a senhora acha que já sofreu algum tipo de violência dentro da sua casa, a senhora na relação com um filho ou com parente?

A: Eu já.

Pesq.: A senhora podia me contar um pouquinho sobre isso?

A: É, mas porque ele bebia que eu falei pra você. Já sofri sim.

Pesq.: E o que aconteceu?

A: Por isso que eu falo pra você que a gente não pode se entregar pra essas coisas assim, porque eu já sofri isso aí.

Pesq.: E a senhora podia me relatar só um pouquinho do que aconteceu pra senhora ter considerado uma violência?

A: Com meu filho mesmo. O meu filho, mas aquele da chácara.

Pesq.: Aquele que mora na chácara?

A: O que mora na chácara.

Pesq.: Esse que tem o problema com alcoolismo?

A: É. Ele já me bateu. Por causa do que? Por causa da bebida. Quando ele sai da bebida, mas agora ele não bebe mais, mas era uma pessoa carinhosa e tudo, mas eu já sofri com ele. Já... Nem podia dormir de noite. Deus me livre!

Pesq.: E isso aconteceu uma vez só?

A: Já, quando ele bebia aconteceu várias. Depois ele arrumou uma mulher também que bebia e eu sofri muito porque eu tinha que ir atrás dela, tirar ela que estava caída e ela me maltratava.

Pesq.: Ela também?

A: Ela e ele também. Não deixava dormir, levantava a cama pra cima e largava no chão e eu deitada em cima. O mais mesmo ... se fosse pra eu te contar eu tenho uma novela. Muita ... já me bateu.

Pesq.: Ela também?

A: Ela também. Me dava tapa assim nos ouvidos. Então por isso que eu falei “não vou mais me rebaixar”.

Pesq.: Dona A., só pra eu entender... Esse problema na sua família, a senhora falou que hoje ele parou de beber.

A: Parou. Agora ele é uma pessoa muito feliz.

Pesq.: Faz quanto tempo que ele parou de beber?

A: Ta fazendo uns dois anos.

Pesq.: E ele bebeu durante quantos anos?

A: Acho que foi uns três anos ele bebendo. Foi três anos bebendo, depois foi pro tratamento e foi onde que ele parou agora.

Pesq.: Então esse período mais difícil que teve essa agressão e tudo foi há uns cinco anos atrás mais ou menos, é isso?

A: É, por aí mais ou menos.

Pesq.: A senhora morava com ele lá na chácara?

A: É. Com ele lá na chácara.

Pesq.: Por isso que a senhora veio morar com esse outro filho, por conta disso?

A: Foi por conta disso mesmo. Eu não saía, ficava sem saída. Não sabia pra onde eu ia. Então eu peguei e disse “o jeito que tem é ir embora pra cidade”.

Pesq.: Que período difícil na sua vida...

A: Nossa, como foi! E teve uma vez, minha nora bebia e ia para os postos de gasolina porque tinha na BR que vai pra Santa Catarina já. Ela bebia, não aparecia e eu tinha que ir de noite, umas 8 horas da noite, passando pela BR de noite indo atrás dela. Chegava lá, ela estava caída na porta do restaurante. Trazia aquela mulher pra casa, meu Deus do céu! Não era fácil não... Então eu sofria, e com isso eu nem dormia de noite, perdia o sono. “Ai, meu Deus, será que um dia vai ter fim isso?” e agora parou.

Pesq.: E, Dona A., a que a senhora atribui o fato de ter acontecido isso na sua família, entre vocês assim de ter chegado nesse ponto deles agredirem a senhora?

A: Como que é?

Pesq.: Qual foi a causa disso tudo? Como a senhora explica o fato de ter chegado nesse ponto?

A: Nesse ponto dele beber e ficar batendo?

Pesq.: É.

A: Ah, eu não sei porque eles faziam isso. Até queria saber. Depois perde a paciência, e a gente fala e acha ruim. Se a gente fala “não beba!” acham ruim com a gente, maltratam, xingam muito. Então eu ficava muito arrasada, eu caí em depressão. Mas mesmo assim eu relutava pra eles largarem. Agora ela largou, ele largou, mas eu me

lembro de tudo, ainda passa um filme na minha cabeça. Isso não é agora que eu estou contando, tem mais que aconteceu.

Pesq.: Na sua família?

A: Na família. Meu marido já morreu disso aí, de bebida. E foi ele mas ficou meu filho aprendendo dele, depois ficou bebendo.

Pesq.: E teu marido era agressivo também?

A: Ele era mais ou menos, não era tanto. O que mais acontecia era (?), ele era muito ruim demais com esse meu filho.

Pesq.: E outras pessoas na sua família já passaram por isso, Dona A.?

A: Não. Não passaram, somente eu na minha.

Pesq.: Dos seus irmãos, irmãs, cunhadas, cunhados?

A: Não.

Pesq.: Ninguém teve isso?

A: Ninguém. Eu sei que não é fácil, Deus o livre! Bebida é a coisa mais triste que tem. Depois que eu internei ele. Internei não, ele foi no CAPS. No CAPS... Foi indo, foi indo, e eu participando também foi que ele saiu dessa. Mas a tragédia fica marcada na cabeça da gente.

Pesq.: Ah, que difícil!

A: E se eu fico nervosa parece que sobre tudo na minha cabeça.

Pesq.: E quando acontecia isso, dele se tornar mais agressivo, quais eram os sentimentos da senhora? Como a senhora se sentia?

A: Ah, eu sentia arrasada, queria ir embora. Eu pensava “aí, meu Deus! Queria tanto que minha filha viesse me buscar pra eu ir embora”. Essa que está [fala país]. E eu não contava nada pra ela pra não preocupar ela lá. Tinha vontade de ir embora. Mas eu não contava nada. Ela me liga, não conto nada. Não contava, agora eu já contei pra ela e ela falou “mãe, então a senhora venha, eu vou buscar a senhora”. Mas depois eu pensava “será que eu vou acostumar aí?”. Depois, agora graças a Deus acalmou, então fiquei por aqui mesmo. Mas foi isso.

Pesq.: E a senhora falou que também entrou em depressão.

A: Em depressão, é. Não dormia, amanhecia acordada, foi muito triste. É sofredor.

Pesq.: E houve assim naquela época, Dona A., alguma alteração na sua rotina de vida por causa desse problema?

A: Deu porque depois eu não saía de casa. Só ficava em casa, triste. Só rezando pedindo a Deus que um dia se resolvesse, mas não que

eu saísse de casa alegre. Saía de casa às vezes com a outra minha filha que mora aqui no centro.

Pesq.: E porque não saía de casa?

A: Porque eu ficava triste. Por causa da tristeza. Eu achava que se eu fosse lá num aniversário, numa festa que fosse, eu não me sentia bem. Parece que eu estava amarrada no meu filho. Uma vez me chamaram pra almoçar fora, eu falei “ah, não!”. Até agora de vez em quando eu digo que não, parece que eu fico com aquela... Ou então se tocasse o telefone eu ficava tremendo de medo. Se batessem na porta...

Pesq.: O que a senhora imaginava?

A: Já imaginava coisa ruim. E se telefone tocava, pronto! Parecia que ia... Nossa! Dava um soco em mim de medo. Ficava com medo. Até tempos atrás agora eu tava tomando remédio pra isso. Mas eu ia pegar um ônibus ou qualquer coisa eu já me atacava os nervos. Ficava tremendo. Ia pegar o ônibus tremendo assim. E tudo por causa disso aí que eu passei, porque acontecia isso aí quando eu via que ele estava chegando ou quando eu já ouvia os gritos dele eu já ficava com medo, ficava tremendo. Então parece que eu fiquei com aquele troço, aquele tremor assim.

Pesq.: E qual foi a maior dificuldade que a senhora acha que teve que enfrentar depois do ocorrido?

A: Depois já foi acalmando. Não deu mais assim. Depois que eu fui fazer tratamento dele, ele já foi melhorando.

Pesq.: E alguma dificuldade maior com ele, com a senhora, o que foi mais difícil de enfrentar?

A: Assim ele bebendo... Tudo foi dificuldade pra mim. Eu acho que não teve uma que não foi. Foi dificuldade em tudo. Foi muito ruim, nossa! Eu não gostava nem de contar isso para os outros porque agora ele sarou, então eu fico até meio com vergonha de contar isso. Mas é verdade, eu já passei por cada coisa sobre isso aí... Bateu, até cuspiam em mim. Verdade! Eu vou contar mesmo pra você tudo, eu falei que ia contar e vou contar. Ele me ligou já hoje “mãe, a senhora está indo aí? A senhora não venha pra chácara sem fazer essa consulta aí”.

Pesq.: Ah, ele achou que é uma consulta?

A: Ele achou. Mas ele sabe que é você também.

Pesq.: Ele sabe por que eu liguei e eu acho que era no telefone dele e ele perguntou “ah, você é a psicóloga? Ela já está chegando aí.”

A: Mas foi isso aí que aconteceu também. Ele ficava na vala e até cuspia em cima de mim... É verdade, tudo isso eu passei na minha vida.

Pesq.: E como é que vocês enfrentaram esse problema, Dona A.?

A: Sobre o que você quer dizer?

Pesq.: Como é que lidou, como que acabou saindo disso?

A: Foi um rapaz aqui. Eu vim no desespero aqui.

Pesq.: Aqui na US?

A: Aqui na US. Eu vim desesperada aqui, chorando, vim procurar a assistente social. E ela falou “o que aconteceu?” e eu contei pra ela que meu filho precisava internar porque bebia e ficava muito agressivo. Aí ela falou assim “olha, eu não tenho como dar jeito, mas eu tenho uma pessoa aqui que a gente vai ver isso pra você. E trouxe o J. Você não conhece o J.? um que mexe com negócio de internamento.

Pesq.: Não.

A: Ai, eu agradeço muito a ele. Mas foi na hora. Ele não está mais aqui, está o T. no lugar dele.

Pesq.: Ah, ta.

A: Mas o T. não chega nem nos pés dele. Depois ele encaminhou tudo certinho. E eu agradeço a ele muito e onde deu tudo certo. Foi lá visitar ele lá no (?), ligava tudo certinho e encaixou tudo.

Pesq.: Então a senhora veio aqui, falou com ele e conseguiu o internamento e a partir disso as coisas foram começando a melhorar?

A: É, depois disso foi começando a melhorar. Ih, meu Deus! Depois já foi muito bom. E está sendo bom até agora.

Pesq.: E foi no primeiro internamento e já...

A: Já, ficava seis meses em um e só seis meses, depois de seis meses já tinha que passar pra outro. Então o J. já dava outro papel pra ele ir pra outro lugar. Foi lá naquele CAPS Hospital Dia que diz, depois foi naquele do [fala nome do CAPS]. Então ele passou assim, terminava um, ele entrava em outro. Saía de um, ele entrava em outro. Até que ele passou acho que uns dois anos ou mais fazendo tratamento. Depois foi aonde que melhorou.

Pesq.: E assim, Dona A., quem da sua família que ficou sabendo desse problema? Tanto da bebida quanto da agressão.

A: Quem ficou sabendo? A minha filha daqui, a daqui mesmo e depois a que mora lá nos Estados Unidos. Eu contei pra elas.

Pesq.: E quem mais?

A: Eu não contei pra ninguém mais.

Pesq.: E na época elas também ficaram sabendo?

A: Ficaram sabendo. Elas sabiam.

Pesq.: E quando acontecia elas ficavam sabendo? A senhora comentava com elas?

A: Comentava com elas, aham.

Pesq.: E o que elas faziam?

A: Elas queriam que eu saísse, mas sabe como que é... Eu ia morar assim onde tem gelo? Não dá, porque é outra família. Então não tem como. Então eu me obrigava a ficar ali mesmo. Mas elas me davam maior atenção, queriam que eu fosse ficar lá no final de semana. Então eu ficava com ele, isso que eu fazia.

Pesq.: Mas as suas duas filhas e quem mais ficaram sabendo?

A: Então, aí só as minhas duas filhas e mais o meu outro filho.

Pesq.: Só os filhos?

A: Só os filhos. As pessoas de fora não sabiam de nada não. Eu não contava porque ficava com vergonha.

Pesq.: Eu queria mostrar uma coisa pra senhora. Aqui eu tenho nessa folha, está vendo esses círculos, imagine que a senhora está aqui no meio e eu gostaria de saber quem foram as pessoas que lhe ajudaram a resolver esse problema com o filho, ta bom? As pessoas que a senhora me falar eu vou marcar nesses círculos. Aqui está a senhora e aqui nesse primeiro círculo, aqui estão as pessoas mais próximas da senhora e que lhe ajudaram a enfrentar esse problema. E depois no do meio aquelas um pouco mais afastadas, mas não muito e no último círculo as pessoas mais distantes da senhora que lhe ajudaram a lidar com esse problema.

A: Problema de...

Pesq.: Pra sair desse problema com o filho.

A: Ah sim.

Pesq.: Quem a senhora colocaria nesses círculos? Que lhe ajudou a enfrentar o problema...

A: As minhas duas filhas.

Pesq.: Como seria? A senhora colocaria elas onde?

A: Mais perto.

Pesq.: Como que é o nome dela?

A: R.

Pesq.: E a outra?

A: E.

Pesq.: Então aqui é da família?

A: É da família.

Pesq.: E quem mais?

A: Agora, mais de longinho, mas também, não era parente nem nada, era uma pessoa de fora que ajudava a gente a encaminhar ele, que é uma moça chamada M. Não sei se é o nome dela, deve ser apelido, mas ela trabalha no fórum lá, trabalhava com meu genro lá no fórum. Mas eu só a conheço por M.

Pesq.: E a senhora colocaria ela onde?

A: Um pouquinho mais longe. (indica onde)

Pesq.: Ela trabalhava no fórum e ajudava a senhora com o que?

A: Ela ajudava a encaixar ele... Ajudava a gente assim nos...

Pesq.: Nos internamentos?

A: Nos internamentos, essas coisas assim. Dava uma força, levava a gente de carro.

Pesq.: Quem mais, Dona A.?

A: E a outra chama C., é a cunhada da minha filha. É gente muito boa, uma mulher muito boa. É uma moça assim, mas é casada, bem jovem ela, muito querida. Então a C. também.

Pesq.: E a senhora colocaria ela onde?

A: Mais perto, ela é mais perto.

Pesq.: E a senhora colocaria ela como uma pessoa da família?

A: Pessoa da família. Mesmo ela nos considera como da família. Quando nos encontramos, mas me abraçou! Fazia cinco anos que eu não via ele.

Pesq.: A C. o que ela é mesmo?

A: Cunhada da minha filha. É irmã do marido da minha filha.

Pesq.: Quem mais?

A: Acho que só.

Pesq.: Aqui da US, alguém?

A: Aqui da US ...

Pesq.: Ou da casa da saúde, dos hospitais, das clínicas... Alguém que lhe ajudou mais?

A: Das clínicas só o Sr. D. que me ajudou. Primeiro foi o J., depois como ele saiu, foi lá pro [bairro] á lá no [bairro] fazer um curso lá, passou e está lá.

Pesq.: E a senhora colocaria eles onde?

A: Ah, com certeza o J. bem pertinho. Principalmente o J.

Pesq.: O J. aqui no primeiro e o D. no segundo?

A: Com certeza, isso mesmo. E outra também é aquela outra [profissional], a... esqueci o nome. Aquela outra [fala profissão], como que é o nome dela?

Pesq.: Daqui? A C.?

A: É isso mesmo.

Pesq.: E onde a senhora colocaria ela?

A: Ah, eu colocava ela perto também. Não coloca ela longe não, põe perto porque é muito querida ela. Que nem você assim, bem agradável...

Pesq.: Mas ela lhe ajudou?

A: Ajudou. Nossa, como ajudou! É outra também querida ela. Toda vez que eu vinha procurar ela, ela procurava me ajudar, conversava comigo, dava conselhos ...

Pesq.: Quem mais?

A: Acho que agora é só isso mesmo.

Pesq.: Então as duas filhas, a C., a M., o J., a C. e o D.?

A: Isso, isso mesmo. Só esses aí que eu me lembre. É onde que eu corria atrás deles pra me ajudar, nunca me deixaram na mão.

Pesq.: Então essas pessoas que ficaram sabendo na época? Sabiam que tinha agressão, que ele chegava a agredir? Todos eles sabiam?

A: Sabiam.

Pesq.: E pra quem que a senhora pediu ajuda, dessas pessoas?

A: Pra quem?

Pesq.: Pra quem que a senhora chegou a pedir ajuda? Pra lhe ajudar a enfrentar?

A: Foi a C.

Pesq.: Primeiro foi a C.? Antes mesmo das suas filhas?

A: Não, as meninas, minhas filhas. E as de fora, a C., depois a M. Quer dizer, primeiro foi com as minhas filhas, depois foi com o J. Depois das meninas, as outras já sabiam e iam ajudando. Me ajudando a enfrentar, me dando apoio. Me davam força pra eu procurar eles, procurar ajuda. Eu nunca fiquei sozinha.

Pesq.: Quem teve a idéia de vir buscar a US?

A: Aqui, foi eu mesma. Eu vim desesperada porque eu não sabia o que eu fazia. Eu não sabia que tinha ajuda aqui, vim procurar a

assistente social mesmo pra ela me dar uma orientação de como eu ia fazer.

Pesq.: Mas por que a senhora pensou na US?

A: Pois eu não sei. Mas você sabe o que eu fiz? Eu disse a Deus que me desse uma luz na minha cabeça. E depois foi quando me deu, eu falei “vou na US”. E vim pra cá. Já estava me tratando aqui, eu vim. Eu falei “vou procurar”. E fui subindo esses degraus por aí, falei “quero falar com a assistente social”. E fui indo. Até que ela não estava na hora, estava outra assistente dela. Depois ela chamou o rapazinho lá, o J. E foi onde que eles começaram a me ajudar.

Pesq.: E hoje? Outras pessoas da sua família já ficaram sabendo ou continuam sendo essas pessoas?

A: Ficaram sabendo sim, mas não sobre a agressão. Só sabiam que ele bebia, eu não contava que ele me agredia.

Pesq.: E isso a senhora chegou a contar pra mais alguém?

A: Não, só mesmo pra essas que estão aí. Nem pra psicóloga eu contei. Conteí que ele bebia.

Pesq.: Ah, pra C. a senhora não chegou a contar sobre a agressão?

A: Não.

Pesq.: E no que ela lhe ajudou?

A: Ajudou também a encaminhar ele. E ia conversar com ele, porque eu então trouxe ele pra conversar com ela. Ela aconselhou muito ele, conversou, explicou tudo pra ele, como que era e como que não era, que se ele não parasse de beber ia ficar doente e ia porque ele ficou bem doente.

Pesq.: E aqui da US alguém mais ficou sabendo da agressão?

A: Não.

Pesq.: Nem o J.?

A: Nem o J.

Pesq.: Nem o D. e a N.?

A: Também não.

Pesq.: Só eu sei?

A: Só você sabe.

Pesq.: Então o que eles mais ajudaram a senhora foi dar o encaminhamento pra que tratasse do alcoolismo mesmo?

A: É, encaminhamento.

Pesq.: Que foi uma grande ajuda...

A: E como foi! Eu agradeço muito mesmo, os três. A C., o J. e o D. Eles me ajudaram muito.

Pesq.: Alguém que a senhora chegou a comentar isso, sobre esses problemas, chegou a se afastar de vocês, Dona A., que a senhora lembre?

A: Se eu comentei assim e alguém se afastou?

Pesq.: É.

A: Não, da minha parte não. Mas os amigos dele se afastaram dele. Os amigos dele. Tiraram ele fora do time. Todo mundo sumiu, ninguém aparecia mais. Mas do lado meu, não.

Pesq.: Quem mais oferecia companhia e apoio nessa situação pra enfrentar esse problema dessas pessoas?

A: Só nossa família mesmo.

Pesq.: Mas alguém que tenha lhe dado mais apoio, que lhe tenha feito mais companhia?

A: Mais companhia? Deixa ver quem pode ser... eu acho que não tem não, foram só esses mesmo. Dessas aí, a C. e da M. que me ajudaram a encaminhar e saber aonde que ele ia, me levava e trazia. Me ajudava, entrava lá e conversava com as pessoas e conseguia as vagas lá. Então é isso aí, mas assim pra enfrentar...

Pesq.: Que lhe escutava, ficava junto da senhora...

A: Não, só minhas filhas mesmo. Só as duas filhas mesmo.

Pesq.: A senhora não colocou o outro filho aqui. Devia colocar ou não? Ele lhe ajudou?

A: Ele ajudou, mas trabalhava muito. É o S.

Pesq.: Mas ele ficou sabendo dessa parte da agressão?

A: Sabia.

Pesq.: E a senhora colocaria ele aqui na primeira ou na segunda?

A: Na primeira também. Pode por na primeira também.

Pesq.: E de que maneira o S. lhe ajudou?

A: Ajudava assim também a encaminhar ele, conversar com ele quando ele fazia essas coisas de violência, ele falava, conversava com ele pra ele não fazer isso mais.

Pesq.: Ele conversava com seu filho?

A: Conversava com meu filho, com esse que bebia.

Pesq.: Que é o...

A: O M.

Pesq.: Então o S. que conversava com o M.? Fazia essa mediação?

A: Mediação, é. E ele prometia que não ia fazer mais, que ia largar da bebida. Ele prometia que não ia fazer mais.

Pesq.: As meninas conversavam com o M. também?

A: Conversavam.

Pesq.: Financeiramente a senhora chegou a precisar de ajuda pra resolver esse problema?

A: Não, não foi o caso. Ah, mas teve outra coisa, a mulher do M. separou dele. Porque agora ele está sozinho. Ele não é casado, mas estavam juntos.

Pesq.: E agora não estão mais?

A: Não. Faz um bom tempo já que estão separados. Agora é só eu e ele mesmo.

Pesq.: E depois que ele começou a se encaminhar pros tratamentos, a senhora começou a perceber mudança com a senhora?

A: Com certeza. Eu revivi outra vez. Fiquei mais alegre, dava vontade de sair de casa, vontade de passear. Porque de primeiro eu não tinha vontade não.

Pesq.: E alguém lhe ajudou nisso, Dona A.?

A: Ajudou, os mesmos que estavam assim naquela volta, os parentes da minha filha, o marido dela e as minhas filhas mesmo. E a minha irmã também.

Pesq.: A irmã não participou disso aqui?

A: Não.

Pesq.: Só depois disso é que ela...

A: É, que ela ajudou mais.

Pesq.: Ela lhe deu apoio, como que foi a ajuda dessa sua irmã?

A: É, foi só o apoio mesmo. Com as orações. É isso aí, eu acho que ajuda, tudo ajuda.

Pesq.: E a senhora comentou anteriormente comigo, Dona A., que a senhora começou a não sair muito, evitava sair por conta dessa tristeza. Depois disso a senhora voltou a sair mais?

A: Voltei a sair mais.

Pesq.: E alguém saía com a senhora, puxava a senhora pra fora de casa ou era sozinha mesmo?

A: Ah não, sozinha não. Eu saía com eles. Ia jantar fora, almoçar fora, ia em festas assim mesmo.

Pesq.: Com eles quem?

A: Com minhas filhas e meus netos, meu genro. Eles são muito queridos.

Pesq.: Mais o pessoal da família mesmo?

A: É. E depois a gente ia também pra casa da sogra da minha filha, que é a mãe da C. Então a gente se juntava lá e ficava tudo alegre. Depois eu já estava saindo mais quando estava tudo bom.

Pesq.: E a senhora chegou a comentar esse problema com pessoas mais de fora da família, com amigos?

A: Não.

Pesq.: Por quê?

A: Eu tinha vergonha. Sabia que acontecia isso então eu nunca conversei. Só mesmo os mais chegados.

Pesq.: E hoje a senhora já se sente mais a vontade pra falar?

A: Ah, com os outros ainda não. Não me sinto. Tenho vergonha.

Pesq.: Vergonha do que?

A: Vergonha de saber que aconteceu isso com a gente. Eu acho que um filho fazer isso, e meu filho bebia. Sabe que quando tem esse negócio de bebida, sempre aquela pessoa que é meio vivida é meio excluída, meio abandonada. Então eu não conto pra depois não ficar meio ruim. Porque você pode saber que se tiver uma pessoa bêbada numa festa, todo mundo se afasta, ninguém chega perto. Então eu não contava e não conto até agora pras pessoas que são de fora assim não. Estou contando pra você, mas pra outras pessoas de fora não.

Pesq.: E como que é a sua relação com o M.?

A: Agora é boa, boa mesmo. Ele é querido, ele é carinhoso com a gente, se preocupa com a gente. Então ele mudou bastante, ta muito bom agora.

Pesq.: A senhora considera que esse problema está superado?

A: Eu não sei se está superado porque dizem que a bebida nunca... sempre recai. A gente fica meio com o pé atrás, mas como eu tenho fé em Deus, eu acho que Deus não vai deixar acontecer isso.

Pesq.: E o fato de ter sido agredida por ele, a senhora acha que já superou?

A: Não, não. Isso aí eu fico ainda com aquela tristeza em mim de ter acontecido isso. É muito ruim. Não vou nem lembrar da minha nora,

lembrar do que ele fazia. Minha nora caía nas estradas, na BR, os polícias passavam e levavam ela lá na chácara. Que coisa! Eu vinha pra Curitiba, quando eu chegava lá, nossa! A casa pra limpar, as coisas todas jogadas, e ela (?). Ele e ela. E eu ficava no desespero, ficava muito triste. Eu falava “meu Deus, será que um dia eu vou sair dessa?”. Muitas vezes perdia o sono, queria arrumar uma solução pra mim, o que eu podia fazer. Mas primeiro eu pedi pra Deus, que me desse uma luz na minha cabeça pra onde que eu tinha que ir procurar. Aí depois eu disse “vou descer lá pra ver quem possa me ajudar” e fui e o padre tava mesmo me esperando. É assim, agora estou feliz. Eu espero que não tenha recaída.

Pesq.: E de que maneira a senhora pensa que pode assim...

T.: Recair?

Pesq.: Não recair, mas assim se proteger da recaída. A senhora acha que tem algo que a senhora possa fazer pra não passar por isso de novo, mesmo que ele volte a beber que ele não volte a lhe agredir?

A: Pois aí eu não sei como eu faço. Não sei, porque se voltar a beber é ruim. Vai ter que fazer internamento outra vez.

Pesq.: E a senhora acha que poderia ter evitado essas agressões de alguma maneira?

A: Evitado... não sei. Não podia falar com ele que ele vinha em cima da gente. Mas evitar estava difícil pra mim.

Pesq.: A senhora sabe por que eu lhe pergunto? Porque no começo da nossa conversa a senhora falou alguma coisa assim no sentido de garantir o seu espaço.

A: Eu sei que eu estou meio frágil agora, eu fico assim meio sentimental, mas se eu ver que acontece outra vez, que eu não quero que aconteça, claro que (risos)... eu tenho que reagir. Eu não vou deixar mais porque eu nunca tinha passado por isso, então eu achava que tinha sempre ficar quieta quando ele falava ou deixar de fazer o que estava fazendo. Mas agora eu vou reagir, naturalmente, vou evitar assim. Vai depender dele também.

Pesq.: Porque eu acho que uma coisa só depende dele, beber ou não. E da senhora, pra não chegar nesse ponto de ser agredida, será que tem alguma coisa que a senhora possa fazer?

A: Ah faço, agora eu sei lidar com isso. Porque naquela reunião de família tem como a gente lidar com eles.

Pesq.: Que reunião de família?

A: Ah, ela falou que não é pra gente passar a mão na cabeça, é pra gente reagir.

Pesq.: Nas reuniões do tratamento?

A: Do tratamento.

Pesq.: Ah, então foi lá que a senhora aprendeu?

A: Foi lá que eu aprendi o que tem que fazer. Não é pra gente abaixar a cabeça e também não é pra gente aceitar tudo que eles fazem, porque eles fazem chantagem.

Pesq.: E a senhora está exercitando isso no dia-a-dia?

A: Estou! Agora eu aprendi a reviver, não sou burrona mais. Agora quem comanda aí sou eu. (risos) Tem que pegar e... não posso abaixar mais não, porque se eu abaixar já vii. E bebida lá em casa não aparece mais e eu já dou bronca.

Pesq.: Então, só pra gente ir encaminhando, finalizando, a senhora alguma vez já viu alguma propaganda, algum anúncio assim que ajudasse a esclarecer essa questão da violência contra as pessoas idosas?

A: Um anúncio?

Pesq.: É, assim alguma propaganda, alguma lei, alguma propaganda, alguma política pública...

A: Mas está sempre dando, falando nisso aí.

Pesq.: Aonde que a senhora já viu?

A: Eu vi na televisão. Eu vi mesmo assim em reuniões. A gente vê, em vários lugares ficam falando das pessoas protegerem as pessoas...

Pesq.: E eles ensinam o que fazer, o que a senhora viu, o conteúdo dessas coisas.

A: Nisso o que?

Pesq.: Nisso que a senhora viu na televisão, mas eles falavam sobre o que?

A: Assim sobre violência contra os idosos?

Pesq.: É.

A: Ai, agora eu nem lembro o que eu escutei nas reuniões. Eu já sei o que eu escutei, mas não me lembro.

Pesq.: A senhora viu assim na televisão?

A: É, uma matéria assim.

Pesq.: E alguma lei assim...

A: Lei eu já vi, mas não me lembro o que eles falaram.

Pesq.: E a lei que defende os seus direitos a senhora já conhece?

A: Já. Não conheço, mas já vi, não me lembro mais. Igual lá nos Estados Unidos, crianças e idosos são protegidos. E muito protegidos. Tem meu netinho lá.

Pesq.: E aqui a senhora sabe?

A: Aqui são muito sofridos, eles são discriminados mesmo.

Pesq.: A senhora conhece alguma lei que protege os idosos aqui?

A: Nem me lembro mais, mas deve ter sim. Ter, tem. Mas agora no momento eu não lembro. Tem meu netinho lá nos Estados Unidos que quando foi embora ele estava com oito anos. E lá é protegido mesmo, não pode morar em casa ruim, tem que morar em casa boa. Protegem as crianças, protegem os idosos, lá é diferente o negócio. Então é bom, mas aqui não, é meio desprotegido.

Pesq.: E assim, a senhora podia deixar uma mensagem só pra gente acabar. Uma mensagem pra outra pessoa idosa que estão passando por isso, ou pros profissionais que lidam, que atendem essas pessoas.

A: Aí você me pegou de calça curta. Ah, eu nem sei o que eu vou falar. Me dê uma dica aí.

Pesq.: O que a senhora teria vontade de falar pra uma pessoa idosa que passou por uma situação como a sua.

A: Eu acho que essas pessoas que estão passando pelo que eu passei com o filho, eu acho que tem que ir à luta, tem que procurar ajuda pra aquela pessoa que está alcoolizada e que tem esse vício, e procurar os internamentos, o CAPS, pra ver se minimiza essas coisas pra eles não ficarem sofrendo que nem eu sofri, porque é muito ruim a gente sofrer assim essas violências de bêbado.

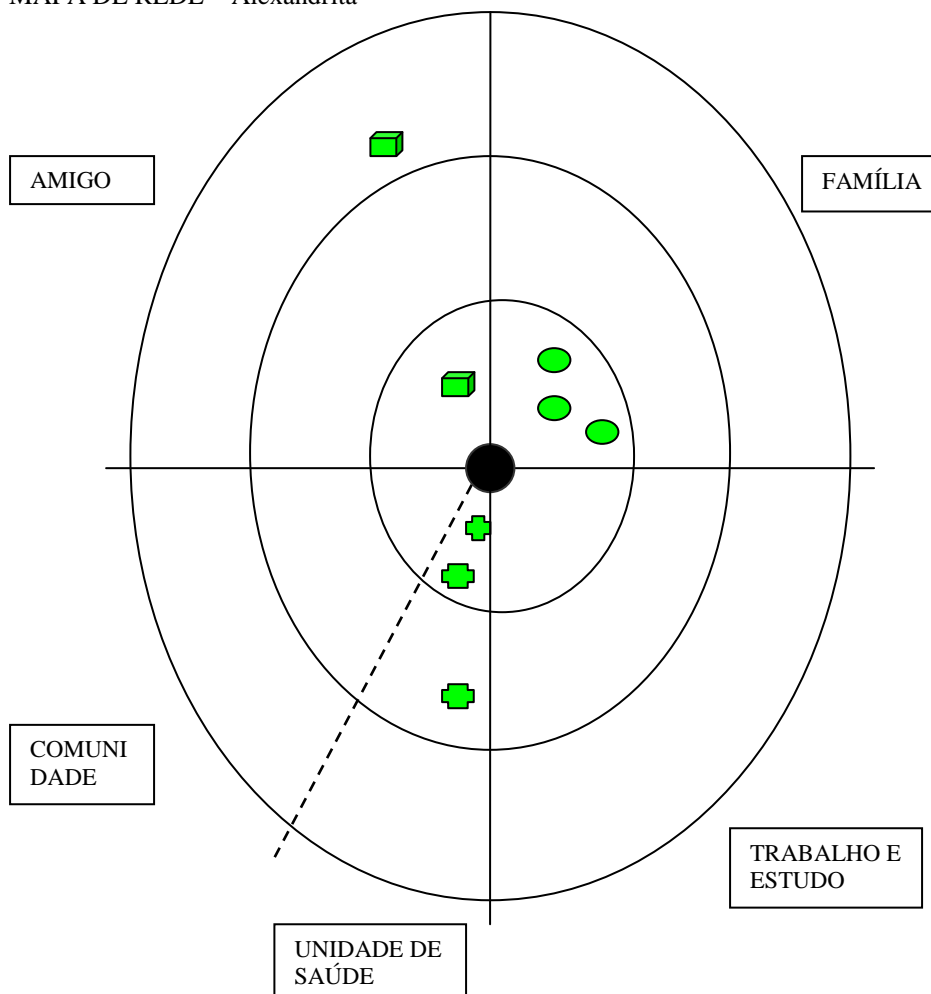
Pesq.: E como a senhora está se sentindo agora?

A: Eu estou me sentindo bem.










Pesq.: E como é que foi responder tanta pergunta assim?

A: Me pegou meio desarmada assim, mas (risos). A gente na hora assim não se lembra das coisas, depois que chega em casa que lembra “ah, eu tinha que ter falado tal coisa”, mas foi bom, espero que te ajude.

MAPA DE REDE – Alexandrita



Legenda Componentes da Rede

 Amiga (o)	 Vizinha (o)	 Neta (o)
 Filha (o)	 Funcionário Justiça	 Mãe
 Profissional da Saúde	 Cunhada (o)	 Irmã (o)

As cores identificam os componentes da rede de cada idosa



Opala



Ametista



Safira



Pérola



Alexandrita

APÊNDICE F

MAPA DE REDE GERAL

